



LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012
QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 0 - 5 MOIS
UNICEF/LSTM

| IDENTIFICATION | CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION) | | | | | | | | |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| NUMERO LQAS SUR 19 _____ ZONE DE SUPERVISION _____ | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Région : _____ District : _____ Commune : _____ Village : _____ Nom de l'Interrogé(e) _____ Enquêteur : _____ Date de l'Entretien ____ / ____ / ____ Jour / Mois / Année Vérifié par (Superviseur SA) _____ | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

CONSENTEMENT ECLAIRE

Accueil. Je m'appelle _____ et je travaille avec le district de _____. Nous faisons une enquête sur les services de santé maternelle et des enfants dans nos communautés. Nous apprécierions votre participation à cette enquête. Les informations fournies aideront le district à planifier et améliorer les services de santé. L'entretien prendra environ 20 minutes.

Nous apprécions votre participation à ce sondage. Toute information fournie sera confidentielle et ne sera montré à personne.

La participation à ce sondage est volontaire et vous pouvez décider de ne pas répondre à toute question individuelle ou à aucune question. Cependant, nous souhaitons que vous participiez dans cette enquête puisque vos points de vue sont importants.

Maintenant, avez-vous de questions quant à ce sondage ?

Etes-vous d'accord pour participer à ce sondage? OUI NON

SI NON, NOTEZ CE MENAGE EN TANT QU'UN REFUS DANS LE TABLEAU DE SEQUENCE DES MENAGES VISITES ET PROCEDEZ AU PROCHAIN MENAGE

MERCI

RECOMMANDATIONS POUR L'ENQUÊTEUR

VERIFIEZ QUE LA MERE A UN ENFANT AGE DE 0-5 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LE CARNET DE SANTE SI C'EST POSSIBLE POUR VERIFIER.

SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 0 - 5 MOIS VIT DANS CE MENAGE, CHOISISSEZ UN AU HAZARD.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE ENQUÊTE, NE LISEZ JAMAIS LES OPTIONS POSSIBLES SAUF S'IL Y A DES INSTRUCTIONS SPECIFIQUES (EN MAJUSCULES ET EN GRAS). ATTENDEZ LA RESPONSE DE L'INTERROGE(E) ET PUIS ENTOUREZ/SELECTIONNEZ LA REPONSE DONNEE.

Notez l'heure à laquelle l'entretien COMMENCE

___ : ___ HEURE: MINUTE

Section 1: Profil de la Mère

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|---|---|-------|
| MB1 | Quels sont votre mois et année de naissance? | DATE DE NAISSANCE MOIS.....__ __ NSP MOIS..... 98 ANNEE__ __ __ __ NSP ANNEE.....98 | |
| MB2 | Quel âge avez-vous? | AGE (EN ANNEES COMPLETEES) __ __ | |
| MB3 | Etes-vous allée à l'école? | OUI.....1 NON2 | →MB5 |
| MB4 | Si oui, quel est votre niveau d'étude ? | MATERNELLE1 PRIMAIRE2 SECONDAIRE3 PLUS ELEVE.....4 | |
| MB5 | Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ? | CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 COHABITATION.....3 VEUVE.....4 DIVORCEE/SEPAREE..... 5 | |

Section 2: Profil de l'Enfant

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts | | |
|-----|--|--|-------|--|--|
| CB1 | NOTEZ LE NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE: | _____ NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE | | | |
| CB2 | Quel est le sexe de (NOM)? | GARCON1 FILLE.....2 | | | |
| CB3 | Maintenant, j'aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM). Quels sont le mois et l'année de naissance de (NOM)? RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI NECESSAIRE, UTILISEZ LE CALENDRIER DES EVENEMENTS. SI LA MERE/GARDIEN CONNAIT LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ LE JOUR AUSSI; SINON, ENTOUREZ 98 POUR LE JOUR. LE MOIS ET L'ANNEE DOIVENT ETRE NOTES. | DATE DE NAISSANCE JOUR__ __ NSP JOUR98 MOIS__ __ ANNEE ____ __ | | | |
| CB4 | Quel âge a (NOM)? | <table border="1" style="margin: auto;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETES | | | |
| | | | | | |

Section 3: L'allaitement exclusif

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|--------------------------|-------------------------|-------|
| BF1 | Avez-vous allaité (NOM)? | OUI1 NON.....2 | → BF5 |

| | | | | | |
|-----|--|---|-------|--|--|
| BF2 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTEZ '00' HEURES. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTEZ LES HEURES. SINON, NOTEZ LES JOURS. | IMMEDIATEMENT 00 HEURES.....1 __ __ JOURS.....2 __ __ NE SAIT PAS / NE SE SOUVIENT PAS 98 | | | |
| BF3 | Est-t-il/elle toujours allaité(e)? | OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 98 | → BF5 | | |
| BF4 | Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)? SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ "00" MOIS. | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> MOIS | | | |
| | | | | | |
| BF5 | (NOM), a-t-il/elle bu une des boissons suivantes pendant les dernières 24 heures? LISEZ LA LISTE DE LIQUIDES ET ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE | LAIT MATERNEL.....1 LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ;.....2 EAU 3 EAU SUCRÉE OU LES EAU GLUCOSÉE.....4 INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES.....5 SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ6 JUS DE FRUIT7 LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ.....8 INFUSIONS9 MIEL10 AUTRE LIQUIDE (PRECISER).....11 _____ 96 | | | |
| BF6 | (NOM), a-t-il/elle mangé des aliments solides ou semi-solides durant la journée ou la nuit ? | OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS98 | | | |
| BF7 | (NOM) a-t-il/elle bu quelque chose d'un biberon hier ou hier soir? | OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 98 | | | |
| BF8 | A quel âge faut-il commencer à donner de l'eau à votre bébé? | 0-5 MOIS 1 6 MOIS..... 2 7-11 MOIS 3 | | | |
| BF9 | Quels sont les bénéfices de donner du colostrum (lait jaune) à votre enfants ? | PROTEGE L'ENFANT 1 RICHE EN VITAMINE A / EN NUTRIMENTS2 MAUVAIS POUR L'ENFANT..... 3 LAIT EXPIRE 4 | | | |

Section 4: Soins Prénataux

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|---|--|-------------------------|
| AC1 | Avez-vous consulté quelqu'un pour les soins prénataux pendant votre grossesse de (NOM)? | OUI 1 NON 2 | → AC4 |
| AC2 | Qui avez-vous vu? RELANCEZ: QUELQU'UN D'AUTRE? RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE CONSULTÉE ET ENTOUREZ LES REPONSES DONNÉES. | PROFESSIONNEL DE LA SANTE: MEDECIN 1 INFIRMIERE / SAGE-FEMME 2 D'AUTRES PERSONNES ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 3 RELAIS COMMUNAUTAIRE 4 AUTRE (PRECISER) _____ 96 | |
| AC3 | Combien de consultations prénatales avez-vous eu durant cette grossesse? | NOMBRE DE CONSULTATIONS __ __ NE SAIT PAS 98 | |
| AC4 | Avez-vous votre carnet de santé de votre grossesse de (NOM)? SI LA MERE DIT OUI, DITES: PUIS-JE VOIR LE CARNET? | OUI, VUE PAR L'ENQUÊTEUR 1 OUI, MAIS PAS DISPONIBLE/PERDUE/EGARÉE 2 JAMAIS EU DE CARTE 3 NE SAIT PAS 98 | → IT1 → IT1 → IT1 |
| AC5 | NOTEZ LE NOMBRE DE VISITES PRENATALES MARQUEES SUR LA CARNET | <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> NOMBRE DE VISITES PRENATALES | |

Section 5: Traitement Préventif Intermittent

| No. | Questions et Filtrés | Catégorie de Codage | Sauts | | | |
|-----|---|--|----------------|--|--|--|
| IT1 | Lors de votre grossesse de (NOM), prenez-vous des médicaments préventifs contre le paludisme? | OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 98 | → IT5 → IT5 | | | |
| IT2 | Quels médicaments préventifs avez-vous pris contre le paludisme ? ENTOUREZ TOUS LES MEDICAMENTS PRIS. VERIFIEZ DANS LE CARNET SI POSSIBLE. | SP/FANSIDAR 1 NE SAIT PAS.....98 AUTRE (PRECISER) _____96 | | | | |
| IT3 | VERIFIEZ LA REPONSE A QUESTION IT2 : SI LA REPONSE EST SP/FANSIDAR, DEMANDEZ : Lors de cette grossesse, combien de fois avez-vous pris le Sulfadoxine Pyriméthamine (Par exemple Fansidar)? | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS98 | | | | |
| | | | | | | |
| IT5 | Lors de votre grossesse de (NOM), prenez-vous des comprimés de fer ? MONTRE COMPRIME DE FER VERIFIEZ DANS LE CARNET SI POSSIBLE. | OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS98 | → BA1 → BA1 | | | |
| IT6 | Pendant toute la grossesse, pour combien de jours avez-vous <u>reçu</u> le comprimé? 1 MOIS = 30 JOURS, 2 MOIS = 60 JOURS ETC | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NOMBRE DES JOURS NE SAIT PAS98 | | | | |
| | | | | | | |
| IT7 | Pendant toute la grossesse, combien de jours avez-vous <u>pris</u> le comprimé? 1 MOIS = 30 JOURS, 2 MOIS = 60 JOURS ETC | <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NOMBRE DES JOURS NE SAIT PAS98 | | | | |
| | | | | | | |

Section 6: Accouchement

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|--|---|-------|
| BA1 | <p>Qui vous a aidé lors de votre accouchement de (NOM)?</p> <p>RELANCEZ: QUELQU'UN D'AUTRE?</p> <p>RELANCEZ POUR SAVOIR LE TYPE DE PERSONNE AYANT AIDE ET ENTOUREZ TOUTES REPONSES DONNEES.</p> <p>SI L'INTERROGEE DIT QUE PERSONNE NE L'A AIDEE, RELANCEZ POUR DETERMINER SI DES ADULTES ETAIENT PRESENTS LORS DE L'ACCOUCHEMENT</p> | <p>PROFESSIONNEL DE LA SANTE:</p> <p>MEDECIN1</p> <p>INFIRMIERE / SAGE-FEMME2</p> <p>D'AUTRES PERSONNES</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE4</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE5</p> <p>FAMILLE / AMI6</p> <p>PERSONNE7</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____96</p> | |
| BA2 | <p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE.</p> <p>SI VOUS N'ARRIVEZ PAS A SAVOIR SI C'EST PRIVE OU PUBLIC, NOTEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>CHEZ VOUS1</p> <p>CHEZ QUELQU'UN D'AUTRE2</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>MATERNITE CENTRALE3</p> <p>MATERNITE DU CH4</p> <p>MATERNITE HD5</p> <p>CSI6</p> <p>CASE DE SANTE7</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC (PRÉCISER)8</p> <p>_____96</p> <p>SECTEUR PRIVÉ MEDICAL</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ9</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE10</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ (PRÉCISER) 11</p> <p>_____96</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____96</p> | |

| | | | |
|-----|--|--|----------------|
| BA3 | Avez-vous payé pour l'accouchement de (NOM)? | OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS 98 | → BA1 → BA1 |
| BA4 | Si oui, qu'avez-vous payé ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES | CONSULTATION1 MEDICAMENTS.....2 TRANSPORT A LA CLINIQUE/HOPITAL.....3 NOURRITURE4 AUTRE (PRECISER) _____ 96 | |
| BA5 | Combien avez-vous payé en totale? | _____ CFA NE SAIT PAS.....98 | |

Section 7: Messages des Santé

| No. | Questions et Filtres | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|--|---|-------|
| CH1 | Avez-vous été en contact avec un relais communautaire durant les trois derniers mois? | OUI.....1 NON2 | →CH5 |
| CH2 | Comment avez-vous été en contact avec le relais communautaire? LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES | VISITE A DOMICILE1 COMMUNICATION INTERPERSONNELLE2 DISCUSSION DE GROUPE3 AUTRES (PRECISER) _____ 96 | |
| CH3 | A quand remonte votre dernier contact avec le relais communautaire? | PENDANT LE DERNIER MOIS1 PENDANT LES DERNIERS 2-3 MOIS.....2 IL Y A PLUS DE 3 MOIS3 | |
| CH4 | Quels messages avez-vous reçu du relais communautaire? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES | INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE ...4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES.....5 PLANIFICATION FAMILIALE.....6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES8 AUTRES (PRECISER) _____ 96 NE SAIT PAS98 | |
| CH5 | Avez-vous bénéficiez de messages de santé de quelqu'un d'autre que le relais communautaire pendant les trois derniers mois ? | OUI.....1 NON2 | →BN1 |
| CH6 | Qui a facilité cette séance / ces messages? RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES | GROUPE DE SOUTIEN1 MERE LUMIERE.....2 FAMILLE/AMI.....3 RADIO4 AUTRES (PRECISER) _____ 96 | |

| | | | |
|-----|---|---|--|
| CH7 | Quels messages avez-vous reçu? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES | INFORMATION SUR L'HYGIENE, LAVAGE DES MAINS ET L'ASSAINISSEMENT 1 CONSEILS SUR L'ALIMENTATION DES NOURRISSONS 2 CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT EXCLUSIF 3 UTILISATION DE SRO EN CAS DE DIARRHEE... 4 IDENTIFICATION PRECOCE ET ORIENTATION VERS LES CS EN CAS DE MALADIES 5 PLANIFICATION FAMILIALE 6 INFORMATION SUR LES VACCINATIONS..... 7 DORMIR SOUS LES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES8 AUTRES (PRECISER) _____ 96 NE SAIT PAS..... 98 | |
|-----|---|---|--|

Section 8: Utilisation des Moustiquaires

| No. | Questions et Filtrés | Catégorie de Codage | Sauts |
|-----|--|---------------------------|-------|
| BN1 | Y a-t-il des moustiquaires dans votre ménage actuellement? | OUI 1 NON..... 2 | →FIN |
| BN2 | (NOM) a-t-il/elle dormi sous une moustiquaire hier soir? | OUI 1 NON..... 2 | →FIN |

POUR CETTE SECTION IL FAUDRA RENTRER DANS LA CHAMBRE POUR OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE SOUS LAQUELLE LE NOURRISSON A DORMI SOUS LA NUIT PRECEDANT. VOUS N'AUREZ PEUT-ÊTRE PAS LE DROIT DE RENTRER DANS L'ESPACE OU ON SE COUCHE. DEMANDEZ AU CHEF DU MENAGE DE VOUS DESIGNER UNE PERSONNE POUR VOUS ACCOMPAGNER (SI NECESSAIRE) LORSQUE VOUS OBSERVEZ LA MOUSTIQUAIRE.

| No. | Questions et Filtrés | |
|-----|--|--|
| BN3 | Puis-je voir la moustiquaire sous laquelle (NOM) a dormi hier soir ? | OUI 1 NON..... 2 |
| BN4 | Observez ou demandez le type de moustiquaire | IMPREGNEES LONGUE DUREE1 PRE-IMPREGNEE.....2 SIMPLE.....3 NE CONNAIT PAS LA MARQUE/TYPE.....4 PAS PERMIS D'OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE.....99 |

Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE

__ __ : __ __ HEURE: MINUTE

MERCI -FIN