

LQAS SONDAGE DES MENAGES 2012
QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 0 - 59 MOIS
AVEC LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES
UNICEF/LSTM

IDENTIFICATION	CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION)
IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
NUMERO LQAS SUR 19 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
ZONE DE SUPERVISION _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Région : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
District: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Commune: _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Village _____	<div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
Nom de l'Interrogé(e) _____	
Enquêteur : _____	
Date de l'Entretien ____ / ____ / ____ Jour / Mois / Année	
Vérifié par (Superviseur SA) _____	

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 – 59 MOIS QUI A SOUFFERT DE LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LA CARTE DE MATERNITE SI C'EST POSSIBLE, POUR VERIFIER.

SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 0 – 59 MOIS QUI A SOUFFERT DE LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERE SEMAINES VIT DANS CE MENAGE, CHOISISSEZ UN AU HAZARD.

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE SONDEGE, NE LISEZ JAMAIS LES OPTIONS POSSIBLES SAUF S'IL Y A DES INSTRUCTIONS SPECIFIQUES (EN MAJUSCULES ET EN GRAS). ATTENDEZ LA REPONSE DE L'INTERROGEE ET PUIS ENTOUREZ 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 COMPLETES) __ __	
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 COHABITATION3 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:	<div style="text-align: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto;"></div> NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE </div>	
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)?	<div style="text-align: center;"> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETES	

Section 3: La Gestion des Cas de Diarrhée

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CM1	A (NOM) souffert de la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 98	→SELECTI ONNEZ UN AUTRE ENFANT → SELECTIO NNEZ UN AUTRE ENFANT
CM2	La diarrhée a commencé il y a combien de jours? RELANCEZ POUR SAVOIR LE NOMBRE EXACTS DE JOURS ET NOTEZ-LE DANS LA CASE. SI C'EST LE MÊME JOUR, NOTEZ 00. SI ON NE SAIT PAS, RELANCEZ POUR ÊTRE SÛR QUE L'ENFANT A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES. SI CELA FAIT PLUS DE DEUX SEMAINES, SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT DANS LE MENAGE. SINON, PROCEDEZ A LA PROCHAINE MAISON.	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin: 0 auto; display: flex; justify-content: space-between;"><div style="width: 45%;"></div><div style="width: 45%;"></div></div> <p>JOURS</p>	
CM3	Pendant que (NOM) avait la diarrhée, est-ce qu'on lui a donné moins à boire que d'habitude, autant que d'habitude ou plus que d'habitude? SI MOINS, RELANCEZ: LUI A-T-ON DONNE BEAUCOUP MOINS QUE D'HABITUDE A BOIRE OU UN PEU MOINS ?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES PAREIL..... 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 98	

CM4	<p>Pendant que (NOM) souffrait de la diarrhée, est-ce qu'on lui a donné moins à manger que d'habitude, autant que d'habitude, plus que d'habitude ou rien à manger?</p> <p>SI "MOINS", RELANCEZ: LUI A-T-ON DONNE BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE OU UN PEU MOINS?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS 2 A PEU PRES PAREIL..... 3 PLUS 4 ARRETE DE MANGER..... 5 JAMAIS DONNE A MANGER 6 NE SAIT PAS.....98</p>	
CM5	<p>En ce qui concerne la diarrhée de (NOM), avez-vous demandé des conseils ou un traitement à une personne externe à votre ménage ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	→CM9
CM6	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>RELANCEZ: QUELQUE PART D'AUTRE?</p> <p>ENTOUREZ TOUT PRESTATAIRE MENTIONNE, MAIS NE RELANCEZ PAS AVEC DES SUGGESTIONS.</p> <p>RELANCEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE SOURCE.</p> <p>SI VOUS N'ARRIVEZ PAS A SAVOIR SI C'EST PUBLIC OU PRIVE, NOTEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL NATIONAL _____ 1 CHR2 HD3 CSI4 CASE DE SANTE.....5</p> <p>CLINIQUE MOBILE6 PHARMACIE.....7 AUTRE SECTEUR MED. PUBLIC.....8 (PRÉCISER)</p> <p>_____</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ9 PHARMACIE 10 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ 11 (PRÉCISER)</p> <p>_____</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE 12 GUERISSEUR TRADITIONNEL 13 PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT .. 14 AUTRE (PRÉCISER) 15</p>	
CM7	<p>Avez-vous payé pour la consultation ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP 2</p>	<p>→CM9 →CM9</p>
CM8	<p>Combien avez-vous payé pour la consultation ?</p>	<p>_____CFA</p> <p>NE SAIT PAS.....98</p>	

CM9	<p>Qu'est-ce qui a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée?</p> <p>NE LISEZ PAS LES REPONSES POSSIBLES</p> <p>RELANCEZ POUR AUTRES CHOSES</p> <p>ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>RIEN..... 1</p> <p>SRO..... 2</p> <p>ZINC..... 3</p> <p>LIQUIDE FAIT MAISON (SRO) 4</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNU 5</p> <p>INJECTION 6</p> <p>INTRAVENEUSE 7</p> <p>REMEDES FAIT MAISON 8</p> <p>MEDICAMENT A BASE DE PLANTE 9</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p>	➔ FIN
CM10	Où vous êtes-vous procuré ces médicaments?	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL NATIONAL 1</p> <p>CHR 2</p> <p>HD 3</p> <p>CSI 4</p> <p>CASE DE SANTE..... 5</p> <p>CLINIQUE MOBILE 6</p> <p>PHARMACIE..... 7</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PUBLIC..... 8</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 9</p> <p>PHARMACIE 10</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ 11</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>_____</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE 12</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL 13</p> <p>PHARMACIE PAR TERRE/AMBULANT 14</p> <p>AUTRE (PRÉCISER) 15</p> <p>_____</p>	
CM11	Avez-vous payé pour le traitement ?	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 2</p>	<p>➔ FIN</p> <p>➔ FIN</p>
CM12	Combien avez-vous payé pour le traitement ?	<p>_____ CFA</p> <p>NE SAIT PAS.....98</p>	

Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE

__ __ : __ __

HEURE: MINUTE

MERCI – FIN