

Logo MSP



LQAS SONDAGE DE MENAGE 2012
QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D'ENFANTS AGES DE 6 – 23 MOIS
UNICEF/LSTM

IDENTIFICATION	CODES (RESERVE POUR L'ADMINISTRATION)
IDENTIFIANT DU QUESTIONNAIRE	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
NUMERO LQAS SUR 19 _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
ZONE DE SUPERVISION _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Région : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
District : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Commune : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
Village : _____	<div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></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 6 - 23 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LE CARNET DE SANTE SI C'EST POSSIBLE POUR VERIFIER.

SI PLUS D'UN ENFANT AGE DE 6 - 23 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 REPONSE 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 MOIS98 ANNEE __ __ __ __ NSP ANNEE.....98	
MB2	Quel âge avez-vous?	AGE (EN ANNEES COMPLETES) __ __	
MB3	Etes-vous allée à l'école?	OUI1 NON2	➔MB5
MB4	Si oui, quel est votre niveau d'étude ?	MATERNELLE1 PRIMAIRE.....2 SECONDAIRE.....3 PLUS ELEVE.....4	
MB5	Quel est votre statut matrimonial <u>actuel</u> ?	CELIBATAIRE.....1 MARIEE.....2 COHABITATION.....3 VEUVE.....4 DIVORCEE/SEPAREE5	

Section 2: Profil de l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
CB1	NOTEZ LE NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE:	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin: 0 auto;"></div> NOM DE L'ENFANT SELECTIONNE	
CB2	Quel est le sexe de (NOM)?	GARCON 1 FILLE 2	
CB3	<p>Maintenant, j'aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM).</p> <p>Quels sont le mois et l'année de naissance de (NOM)?</p> <p>RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? SI NECESSAIRE, UTILISEZ LE CALENDRIER DES EVENEMENTS.</p> <p>SI LA MERE/GARDIEN CONNAIT LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ LE JOUR AUSSI; SINON, ENTOUREZ 98 POUR LE JOUR.</p> <p>LE MOIS ET L'ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.</p>	<p style="text-align: center;">DATE DE NAISSANCE</p> <p>JOUR _ _</p> <p>NSP JOUR 98</p> <p>MOIS _ _</p> <p>ANNEE _ _ _ _</p>	
CB4	Quel âge a (NOM)?	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center; gap: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <p style="text-align: center;">AGE DE L'ENFANT EN MOIS COMPLETES</p>	

Section 3: L'allaitement et l'alimentation complémentaire

No.	Questions and Filters	Coding Categories	Skips
NU1	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON..... 2	➔ NU3
NU2	Est-ce que (NOM) été allaité hier pendant la journée ou la nuit?	OUI 1 NON..... 2	
NU3	À quel âge a-(NOM) commencé à manger des aliments solides, semi-solides ou mous ?	AVANT 6 MOIS.....1 A 6 MOIS.....2 7 – 9 MOIS.....3 APRES 9 MOIS.....4 PAS ENCORE COMMENCÉ.....5 NSP.....6	➔ NU7
NU4	Est-ce que (NOM) a mangé hier des aliments solides, semi-solides ou mous dans la journée ou la nuit ?	OUI 1 NON..... 2	➔ NU7

NU5	<p>Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous a mangé (NOM) ?</p> <p>RELANCEZ ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</p> <p>RELANCEZ : QUELQUE CHOSE AUTRE?</p>	<p>BOUILLIE, PAIN, RIZ, PATES ALIMENTAIRES OU AUTRES ALIMENTS DERIVES DE CEREALES.....1</p> <p>CAROTTES, COURGE OU PATATES DOUCES A CHAIR ORANGE OU JAUNE.....2</p> <p>POMMES DE TERRE A CHAIR BLANCHE, IGNAME A CHAIR BLANCHE, MANIOC OU AUTRES TUBERCULES.....3</p> <p>TOUS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE (E.G.MORINGA, OSEILLE, FEUILLE DE BAOBAB, AMARANTE, EPINARD)?.....4</p> <p>MANGUES MURES, PAPAYES MURES5</p> <p>AUTRES FRUITS OU LEGUMES (E.G. BANANA, ORANGE, ANANAS, AVOCADOS, TOMATES.6</p> <p>VIANDES TELLES QUE BOEUF, CHAMEAU, AGNEAU, CHEVRE, POISSON, POULET OU CANARD7</p> <p>OEUF8</p> <p>PLATS OU ALIMENTS CONTENANT DES HARICOTS, NIEBE, POIS DE TERRE, LENTILLES, NOIX OU GRAINES (ARACHIDE, SESAME).....9</p> <p>FROMAGE, LAIT CAILLE, LAIT FRAIS, YAOURT OU AUTRE PRODUIT LAITIER10</p> <p>HUILE, GRAISSE OU BEURRE OU TOUT ALIMENT EN CONTENANT.....11</p> <p>LAIT COMMERCIAL POUR NOURRISSONS.....12</p> <p>BOUILLIE DE CERELES /ALIMENTS COMMERCIALE ENRICHE EN FER IRON COMME LE CERELAC OU MISOLA.....13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p style="text-align: center;">SPECIFY</p> <p>RIEN.....99</p>	
NU6	<p>Combien de fois est-ce que (NOM) a mangé hier des aliments solides, semi-solides ou mous autres que des liquides, dans la journée ou la nuit ?</p>	<div style="text-align: center;"> <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> </div> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS</p> <p>NSP.....88</p>	

NU7	<p>Dans les derniers six mois, (NOM) a-t-il/elle reçu des sachets de poudres comme ceci ?</p> <p>MONTRE EXEMPLE</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS98</p>	<p>➔NU11</p> <p>➔NU11</p>
NU8	Nom prend/a pris combien de sachets par jour ?	<p>MOINS D'UN SACHET1</p> <p>UN SACHET /JOUR.....2</p> <p>PLUS D'UN SACHET/JOUR3</p>	
NU9	Comment avez-vous utilisez le sachet de poudre ?	<p>A MIS LE CONTENU DU SACHET DANS UNE PARTIE DE LA NOURRITURE.....1</p> <p>A PARSEME LE SACHET SUR TOUTE LA NOURRITURE.....2</p> <p>A MIS LE SACHET DANS UN LIQUIDE.....3</p> <p>A MIS LE SACHET DANS LA NOURRITURE CHAUDE OU FROIDE.....4</p> <p>A MIS LE SACHET DANS LA NOURRITURE TIEDE.....5</p>	
NU10	Qui a mangé la nourriture dans laquelle vous avez ajouté le contenu du sachet ?	<p>TOUTE LA FAMILLE1</p> <p>TOUS LES ENFANTS DE LA MAISON.....2</p> <p>PETITS ENFANTS.....3</p> <p>ENFANT<NOM> SEUL4</p>	

NU11	<p>Quelle sont les pratiques optimales pour l'alimentation des enfants de 6 à 23 mois ?</p> <p>RELANCEZ ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES</p> <p>RELANCEZ : QUELQUE CHOSE AUTRE?</p>	<p>ALIMENTATION COMPLEMENTAIRE A L'AGE DE 6 MOIS.....1</p> <p>CONSISTENCE DES ALIMENTS DE COMPLEMENTS : INCORPORATION GRADUELLE DE MOUS A SOLIDE.....2</p> <p>CONTINUATION DE L'ALLAITEMENT JUSQU'A DEUX ANS OU AU-DELA.....3</p> <p>OFFRE DES ALIMENTS 2-3 FOIS PAR JOUR ENTRE 6-8 MOIS, ET 3-4 FOIS PAR JOUR APRES 8 MOIS, ET DES COLLATIONS 1 OU 2 FOIS PAR JOUR.....4</p> <p>VARIETE D'ALIMENTS DE TOUS LES GROUPES (CEREALES, RACINES ET TUBERCULES, LEGUMINEUSES ET NOIX, ALIMENTS D'ORIGINE ANIMALE, FRUITS ET LEGUMES)5</p> <p>PRATIQUE UNE BONNE HYGIENE DANS LA PREPARATION ET LE STOCKAGE DES ALIMENTS DE COMPLEMENT.....6</p> <p>CONTINUE A ALLAITER ET A DONNER DES ALIMENTS DE COMPLEMENT PENDANT LES PERIODES DE MALADIE.....7</p> <p>DONNE A L'ENFANT DES ALIMENTS RICHES EN FER.....8</p> <p>INTERACTION AVEC L'ENFANT, POUR LUI ENSEIGNER ET STIMULER LE DEVELOPPEMENT SOCIAL AINSI QUE POUR L'ENCOURAGER A MANGER.....9</p>	
------	--	--	--

Section 4: La Vitamine A pour l'Enfant

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
VA1	(NOM) a-t-il/elle reçu une capsule de Vitamine A comme celle-ci? MONTRE AMPOULES/CAPSULES/SIROPS TYPIQUES	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....98	→ VA3 → VA3
VA2	(NOM) a-t-il/elle reçu une dose de Vitamine A comme (cela/ceux-ci) dans les 6 derniers mois? MONTRE AMPOULES/CAPSULES/SIROPS TYPIQUES	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....98	
VA3	Puis-je voir la carte de vaccination de (NOM) ou son carnet de santé? NOTEZ LE NOMBRE DE DOSES DE VITAMINE A MARQUE SUR LA CARTE DE (NOM) ET LA DATE DE LA DERNIERE DOSE RECUE.	NOMBRE DE DOSES <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/> DERNIERE DOSE RECUE: DANS LES 6 DERNIERS MOIS.....1 IL Y A ENTRE 6 A 12 MOIS.....2 CARTE PAS DISPONIBLE.....3 DATE PAS NOTEE.....4	

Section 5: La Planification Familiale

No.	Questions et Filtres	Catégorie de Codage	Sauts
FP1	<p>Les couples utilisent des méthodes variées pour repousser ou éviter une grossesse.</p> <p>Faites-vous quelque chose actuellement ou utilisez-vous une méthode pour espacer ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p>	➔CH1
FP2	<p>Que faites-vous pour espacer ou éviter une grossesse?</p> <p>NE RELANCEZ PAS. SI PLUS D'UNE METHODE, ENTOUREZ CHACUN.</p>	<p>DIU 3</p> <p>INJECTABLES..... 4</p> <p>IMPLANTS..... 5</p> <p>PILLULE..... 6</p> <p>PRESERVATIF MASCULIN 7</p> <p>PRESERVATIF FEMININ..... 8</p> <p>DIAPHRAGM..... 9</p> <p>SPERMICIDE 10</p> <p>METHODE D'AMENORRHEE</p> <p>LACTATIONEL 11</p> <p>ABSTINENCE PERIODIQUE/ METHODE DES</p> <p>TEMPERATURES 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE (PRECISER)</p> <p>_____ 96</p>	

Section 6: 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 NON 2	→ CH5
CH2	Comment avez-vous été en contact avec le relais communautaire? LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES	VISITE A DOMICILE 1 COMMUNICATION INTERPERSONNELLE 2 DISCUSSION DE GROUPE 3 AUTRES (PRECISER) _____ 96	
CH3	A quand remonte votre dernier contact avec le relais communautaire?	PENDANT LE DERNIER MOIS 1 PENDANT LES DERNIERS 2-3 MOIS 2 IL Y A PLUS DE 3 MOIS 3	
CH4	Quels messages avez-vous reçu du relais communautaire? 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 IMPREGNEES 8 AUTRES (PRECISER) _____ 96 NE SAIT PAS 98	
CH5	Avez-vous bénéficié de messages de santé de quelqu'un d'autre que le relais communautaire pendant les trois derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ FIN
CH6	Qui a facilité cette séance / ces messages? RELANCEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE DE SOURCE ET ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES	GROUPE DE SOUTIEN 1 MERE LUMIERE 2 FAMILLE/AMI 3 RADIO 4 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	
-----	---	---	--

Notez l'heure à laquelle l'entretien SE TERMINE	____ ____ : ____ ____ HEURE: MINUTE
---	-------------------------------------

MERCI - FIN