**** 

**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 |  |
| NUMERO LQAS SUR 19 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**ZONE DE SUPERVISION \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| District\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Canton\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Sous-Canton \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Village\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****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 un sondage de district sur les services de santé maternelle et des enfants dans nos communautés. Nous apprécierions votre participation à ce sondage. 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 ce sondage 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** |
| --- |

|  |
| --- |
| **RECOMMENDATIONS 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, CHOISSISSEZ UN AU HAZARD.** **POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE SONDAGE, NE LISEZ JAMAIS LES OPTIONS POSSIBLES SAUF S’IL Y A DES INSTRUCTIONS SPECIFIQUES (EN MAJUSCULES ET EN GRAS). ATTENDEZ LA RESPONSE 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 | Dans quel mois et année êtes-vous née?  |  DATE DE NAISSANCE MOIS \_\_ \_\_ NSP MOIS 98 ANNEE \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ NSP ANNEE……………………….……………………..98 |  |
| MB2 | Quel âge avez-vous? **RELANCEZ : QUEL AGE AVEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?**  | AGE (EN ANNEES COMPLETES) \_\_ \_\_ |  |
| MB3 | Etes-vous allée à l’école ou à la maternelle?  | OUI 1NON 2 | 🡺MB5 |
| MB4 | Quel était votre niveau de scolarité le plus élevé?  | MATERNELLE 1PRIMAIRE 2SECONDAIRE 3PLUS ELEVE……………………………………..…………4 |  |
| MB5 | Quel est votre statut matrimonial actuel? **LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES**  | CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE...............1CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE HABITUEL…… ...…..2CELIBATAIRE AVEC UN PARTENAIRE HABITUEL…… ……..3MARIEE....................................... ...........4COHABITATION 5VEUVE............................. 6DIVORCEE/SEPAREE 7   |  |

**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)? | GARCON 1FILLE 2 |  |
| CB3 | Maintenant, j’aimerais vous poser des questions quant à la santé de (NOM). Dans quel mois et année est né(e) (NOM)?**RELANCEZ: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?** **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 JOUR 98 MOIS \_\_ \_\_ANNEE \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| CB4 | Quel âge a (NOM)? |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

AGE DE L’ENFANT EN ANNEES 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 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT🡺 SELECTIONNEZ 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 DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES.** **SI CELA FAIT PLUS DE DEUX SEMAINES, SELECTIONNEZ UN AUTRE ENFANT DANS LE MENAGE. SINON, PROCEDEZ A LA PROCHIANE MAISON.**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**JOURS** |  |
| CM3 | Je voudrais savoir combien (NOM) a été donné à boire pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). 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: ETAIT-IL/ELLE DONNE BEAUCOUP MOINS QUE D’HABITUDE A BOIRE OU UN PEU MOINS ?**  | BEAUCOUP MOINS 1UN PEU MOINS 2A PEU PRES PAREIL 3PLUS 4RIEN A BOIRE 5NE SAIT PAS 98 |  |
| CM4 | 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? **SI “MOINS”, RELANCEZ: ETAIT-IL/ELLE DONNE BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D’HABITUDE OU UN PEU MOINS?**  | BEAUCOUP MOINS 1UN PEU MOINS 2A PEU PRES PAREIL 3PLUS 4ARRETE DE MANGER 5JAMAIS DONNER A MANGER 6NE SAIT PAS……………………………………………..98 |  |
| CM5 | Qu’est-ce qui a été donné à (NOM) pour traiter sa diarrhée? **NE LISEZ PAS LES REPONSES POSSIBLES** **RELANCEZ POUR AUTRES CHOSES** **ENTOUREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.** | RIEN 1SRO 2ZINC .3LIQUIDE FAIT MAISON (SRO) 4COMPRIME OU SIROP 5INJECTION 6INTRAVENEUSE 7REMEDES FAIT MAISON 8 MEDICAMENT A BASE DE PLANTE 9AUTRE (PRECISER)\_\_ 96  |  |
| CM6 | En ce qui concerne la diarrhée de (NOM), avez-vous demandé des conseils ou un traitement à une personne externe à votre ménage ?  | OUI 1NON 2 | 🡺CM9 |
| CM7 | Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  **RELANCEZ:QUELQUE PART D’AUTRES?** **ENTOUREZ TOUT PRESTATAIRE MENTIONNE, MAIS NE RELANCEZ PAS AVEC DES SUGGESTIONS.** **RELANCEZ POUR IDENTIFIER CHAQUE TYPE DE SOURCE.****SI VOUS N’ARRIVEZ PAS A SAVOIR SI C’EST PUBLIC OU PRIVE, NOTEZ LE NOM DE L’ENDROIT.**  **(NOM DE L’ENDROIT)** | SECTEUR PUBLIC  HÔPITAL PUBLIC 1 CENTRE DE SANTE PUBLIC 2 POSTE DE SANTE PUBLIC 3 RELAIT COMMUNAUTAIRE 4 CLINIQUE MOBILE 5 AUTRE PUBLIC (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVE 7 MEDECIN PRIVE 8 PHARAMACIE PRIVEE 9 CLINIQUE MOBILE 10 AUTRE PRIVE MEDICAL (PRECISER) 11AUTRE SOURCE  PARENT / AMI 12 MAGASIN 13 GUERISSEUR TRADITIONNEL 14AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| CM8 | Vous avez cherché un traitement pour (NOM) combien de jours après le début de la diarrhée? **RELANCEZ POUR SAVOIR LE NOMBRE DE JOURS EXACTS ET NOTEZ-LE DANS LA CASE.** **SI C’EST LE MÊME JOUR, NOTEZ 00.**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**JOURS**NE SAIT PAS 98 |  |
| CM9 | Avez-vous déjà entendu parler du SRO?  | OUI 1NON 2 | 🡺 FIN |
| CM10 | Avez-vous déjà utilise du SRO?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺CM12 |
| CM11 | Où procurez-vous le SRO normalement?  | HÔPITAL 1CLINIC 2CENTRE DE SANTE 3RELAIS COMMUNAUTAIRE 4MEDECIN PRIVE 5PHARMACIE 6MAGASINS LOCAUX 7AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  |  |
| CM12 | Savez-vous préparer le SRO?  | OUI 1NON 2 | 🡺 FIN |
| CM13 | Pourriez-vous montrer comment préparer le SRO? **(DONNEZ A LA MERE QUELQUES SACHETS SRO TROUVES AUX ALENTOURS)****NOTEZ SI LA MERE A PREPARE LE SRO CORRECTMENT OU PAS. ENTOUREZ 1 (CORRECTEMENT) SI LA MERE SUIT LES CINQ ETAPES CI-DESSOUS :** **SACHETS SRO** 1. Lavage des mains avec du savon \_\_\_\_ 2. Utilise d’eau potable propre \_\_\_\_3. Mesurant un litre du liquide avec un récipient marqué que vous avez avec vous. 4. Utilise tout le sachet SRO \_\_\_\_ 5. Fait dissoudre entièrement la poudre \_\_\_\_ | DEMONTRE CORRECTMENT 1NE DEMONTRE PAS CORRECTMENT 2 |  |

| Notez l’heure à laquelle l’entretien TERMINE | \_\_\_ \_\_\_ : \_\_\_ \_\_\_  | HEURE: MINUTE |
| --- | --- | --- |

**MERCI – FIN**

|  |
| --- |
| **LES QUESTIONS SUIVANTES VIENNENT DU QUESTIONNAIRE 'MERE DES ENFANTS 0-59 MOIS'. SI LES 'MERES DES ENFANTS 0-59 MOIS' SONT INCLUS COMME UN UNIVERS, LES QUESTIONS CI-DESSOUS PEUVENT ETRE SUPPRIMES. SI LES MERES DES ENFANTS DE 0-59 MOIS QUESTIONNAIRES GENERIQUES NE SONT PAS UTILISES, CES QUESTIONS DOIVENT ETRE INCLUS** |

**Section 3: Approvisionnement en Eau**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| WS1 | Quelle est la source principale de l’eau potable pour les personnes de ce ménage? **ENTOUREZ UNIQUEMENT UNE REPONSE**  | L’EAU CANALISEE  CANALISEE AU SEIN DU DOMICILE 1 CANALISEE AU SEIN DU COMPLEXE, JARDIN OU PARCELLE 2 CANALISEE AU SEIN DU QUARTIER 3 ROBINET PUBLIC / CONDUITE VERTICALE 4POMPE A EAU, FORAGE 5PUITS CREUSE  PUITS PROTEGE 6 PUITS NON-PROTEGE 7EAU DE SOURCE  SOURCE PROTEGEE 8 SOURCE NON-PROTEGEE 9COLLECTE DE L’EAU DE PLUIE 10CAMION-CITERNE 11CHARETTE AVEC PETIT RESERVOIR/TAMBOUR 12EAU DE SURFACE (RIVIERE, RUISSEAU, BARRAGE, LAC, ETANG, CANAL D’IRRIGATION) 13EAU EN BOUTEILLE 14AUTRE (PRECISER) 96 |  |
| WS2 | Traitez-vous l’eau pour qu’elle soit plus la rendre plus saine?  | OUI..............................................................1NON............................................................2 | 🡺HW1 |
| WS3 | Que faites-vous d’habitude à l’eau pour la rendre plus saine? **ENTOUREZ TOUTE RESPONSE MENTIONNEE**  | BOUILLIR 1AJOUTER DE L’EAU DE JAVEL /DU CHLORE 2FILTRER AVEC DU TISSU 3UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE, SABLE, COMPOSITE, ETC) 4DESINFECTION SOLAIRE 5LA LAISSER SE DEPOSER .............................6AUTRE (PRECISER)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96NSP......................……………………………………98  |  |

**Section 4: Le Lavage des Mains**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| HW1 | Veuillez indiquer tous les cas où on devrait se laver les mains. **NE LISEZ PAS LES REPONSES** **ENTOUREZ TOUTES REPONSES MENTIONNEES** .  | AVANT DE MANGER …………………………………….1APRES AVOIR MANGE ……………………………......2AVANT DE PRIER ………………………...................3AVANT D’ALLAITER OU DE DONNER A MANGER A UN ENFANT ................................4AVANT DE CUISINER OU DE PREPARER A MANGER ….………………………………………………….5APRES UNE SELLE/URINATION ……………….……6APRES AVOIR NETTOYE UN ENFANT QUI A EU UNE SELLE OU APRES AVOIR CHANGE LA COUCHE D’UN ENFANT ….……………………………7LORSQUE LES MAINS SONT SALES……………….8APRES AVOIR NETTOYE LES TOILETTES OU UN POT ………………..............................................9 NE SAIT PAS ……………………………………………….10AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| HW2 | Pourriez-vous me montrer où vous vous lavez les mains **d’habitude** et ce que vous utilisez pour vous laver les mains?  | A 10 PAS DES TOILETTES...............................1A 10 PAS DE LA CUISINE/L’ENDROIT OU ON CUISINE ................……………………………………..2AILLEURS DANS LA MAISON OU JARDIN ..…..3A L’EXTERIEUR DU JARDIN ………………………….4PAS D’EMPLACEMENT SPECIFIQUE …………...5PAS PERMIS DE VOIR .............................….…6 | 🡺LU1🡺LU1  |
| HW3 | **OBSERVEZ:** Y a-t-il du savon disponible?  | OUI................................................................1NON...............................................................2 |  |
| HW4 | **OBSERVEZ:** Y a-t-il de l’eau disponible? **OUVREZ L’EAU ET/OU VERIFIEZ LE RECIPIENT ET NOTEZ SI L’EAU EST PRESENTE PUIS ENTOUREZ UNE REPONSE**  | OUI................................................................1NON..............................................................2 |  |

**Section 5: Usage des Toilettes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| LU1 | Quel est le type de toilettes utilisées par les personnes dans ce ménage? **ENTOUREZ UNE SEULE REPONSE**  | CHASSE D’EAU / VERSER L’EAU  EVACUATION VERS UN SYSTEME D’EGOUTS ….1 EVACUATION VERS UNE FOSSE SEPTIQUE 2 EVACUATION VERS UNE FOSSE (LATRINE) 3 EVACUATION VERS UN AUTRE ENDROIT .4 EVACUATION VERS UN ENDROIT INCONNU / PAS SUR / NE SAIT PAS OU……………………..5FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6 FOSSE LATRINE COUVERTE 7 FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8TOILETTES A COMPOST 9SEAU 10TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 | 🡺FIN |
| LU2 | Puis-je voir les toilettes?  | OUI.............................................................1NON............................................................2 | 🡺FIN |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| LU3 | **OBSERVEZ ET NOTEZ LE TYPE DE TOILETTES** | CHASSE D’EAU / VERSER L’EAU  EVACUATION VERS UN SYSTEME D’EGOUTS 1 EVACUATION VERS UNE FOSSE SEPTIQUE 2 EVACUATION VERS UNE FOSSE (LATRINE) 3 EVACUATION VERS UN AUTRE ENDROIT .4 EVACUATION VERS UN ENDROIT INCONNU / PAS SUR / NE SAIT PAS OU..5FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6 FOSSE LATRINE COUVERTE 7 FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8TOILETTES A COMPOST 9SEAU 10TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_98 |  |