**** 

**LQAS SONDAGE DE MENAGE 2012**

**QUESTIONNAIRE POUR LES MERES D’ENFANTS AGES DE 12 – 23 MOIS**

**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 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** |
| --- |

|  |
| --- |
| **RECOMMENDATIONS POUR L’ENQUÊTEUR** **VERIFIEZ QUE LA MERE A UN ENFANT AGE DE 12 - 23 MOIS, PRENEZ LA CARTE DE VACCINATION OU LA CARTE DE MATERNITE SI C’EST POSSIBLE POUR VERIFIER.****SI PLUS D’UN ENFANT AGE DE 12 - 23 MOIS 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’INTERROGE(E) 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 MOIS COMPLETES  |  |

**Section 3: La Vaccination de l’Enfant**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| CV1 | Avez-vous une carte où sont inscrites les vaccinations de (NOM)? **(SI OUI)** Puis-je la voir, s’il vous plaît?  | OUI, VUE 1OUI, PAS VUE 2PAS DE CARTE ………………………………... 3 | 🡺 CV3🡺 CV3 |

|  |  |
| --- | --- |
| **CV2**1. Copiez les dates de chaque vaccination de la carte.
2. Ecrivez ‘44’ dans la colonne Jour si la carte indique que la vaccination a été faite mais la date n’est pas donnée.
 | **Date de la Vaccination** |
| **Jour** | **Mois** | **Année** |
| BCG |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio A La Naissance |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Polio 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT/PENTA1 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT/PENTA2 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DPT/PENTA3 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rougeole (OU MMR) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fievre Jaune |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Vitamine A (plus recente) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pneumocoque |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rotavirus |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **CE TABLEAU DOIT ETRE ADAPTEE POUR ETRE EN ACCORD AVEC LES CARTES DE VACCINATION NATIONALES** |

|  |
| --- |
| ***DEMANDER SEULEMENT AUX MÈRES QUI NE SONT PAS UNE CARTE DE VACCINATION*** |
| CV3 | (NOM), a-t-il/elle déjà reçu des vaccinations pour prévenir la contraction des maladies, y compris des vaccins reçus lors d’une journée ou une campagne de vaccination?  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 | 🡺 VA1 |
| CV4 | (NOM), a-t-il/elle déjà reçu une vaccination BCG contre la tuberculose – c’est à dire, une injection dans le bras ou l’épaule qui laisse une cicatrice?  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 |  |
| CV5 | (NOM), a-t-il/elle reçu des “gouttes de vaccination dans la bouche“ pour le/la protéger des maladies – c’est à dire, la polio?  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 | 🡺 CV7🡺 CV7 |
| CV6 | Le vaccin contre la polio a été reçu combien de fois?  |

|  |
| --- |
|  |

NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS 98 |  |
| CV7 | (NOM), a-t-il/elle déjà reçu le vaccin DPT – c’est à dire, une injection dans la cuisse ou fesse? **RELANCEZ EN INDIQUANT QUE LE VACCIN DPT EST DONNE EN MÊME TEMPS QUE LE VACCIN CONTRE LA POLIO**  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 | 🡺 CV9🡺 CV9 |
| CV8 | L’injection dans la cuisse ou fesse a été reçu combien de fois?  |

|  |
| --- |
|  |

NOMBRE DE FOIS NE SAIT PAS 98 |  |
| CV9 | (NOM) a-t-il/elle reçu l’injection contre la rougeole ou une injection MMR – c’est à dire, une piqûre dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus – pour l’empêcher de contracter la rougeole?  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 |  |

**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……………………………………………………….1NON……………………………….…………………….2NE 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……………………………………………………….1NON……………………………….…………………….2NE 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

|  |
| --- |
|   |

**DERNIERE DOSE RECUE:** DANS LES 6 DERNIERS MOIS……………….1IL Y A ENTRE 6 A 12 MOIS…………………..2CARTE PAS DISPONIBLE……………………..3DATE PAS NOTEE…………………………………4 |  |

**Section 5: La Planification Familiale**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| FP1 | J’aimerais vous parler de quelque chose d’autre – la planification familiale. Êtes-vous enceinte actuellement?  | OUI, ACTUELLEMENT ENCEINTE 1NON 2PAS SURE OU NE SAIT PAS 98 | 🡺FP6 |
| FP2 | Aimeriez-vous avoir un autre enfant d’ici deux ans?  | OUI …………………….1NON …………………….2NE SAIT PAS …………………..98 |  |
| FP3 | Les couples utilisent des méthodes variés pour repousser ou éviter une grossesse. Faites-vous quelque chose actuellement ou utilisez-vous une méthode pour repousser ou éviter une grossesse?  | OUI …………………….1NON …………………….2 | 🡺FP6 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FP4 | Que faites-vous pour repousser ou éviter une grossesse? **NE RELANCEZ PAS.** **SI PLUS D’UNE METHODE, ENTOUREZ CHACUN.**  | STERILISATION FEMININE 1STERILISATOIN MASCULINE 2DIU 3INJECTABLES 4IMPLANTS 5PILLULE 6PRESERVATIF MASCULIN 7PRESERVATIF FEMININ 8DIAPHRAGM 9SPERMICIDE 10METHODE D’AMENORRHEE LACTATIONEL 11ABSTINENCE PERIODIQUE/ METHODE DES TEMPERATURES 12RETRAIT 13AUTRE (PRECISER)\_\_ ­96  |  |
| FP5 | Depuis combien de temps utilisez-vous votre méthode principale?  \_\_\_ année(s) X 12 mois = \_\_\_\_mois |

|  |
| --- |
|   |

   MOIS | 🡺PR1 |
| FP6 | Pour quelle raison n’utilisez-vous pas de méthode pour repousser ou éviter une grossesse? **NE LISEZ PAS** **UNIQUEMENT UNE REPONSE**  | PAS MARIEE 1PAS DE RAPPORTS 2RAPPORTS INFREQUENTS 3FEMME/PARTENAIRE ALLAITE 4VEUT PLUS D’ENFANT 5FEMME/PARTENAIRE EST ENCEINTE 6CONTRE L’UTILISATION D’UNE METHODE 7PARTENAIRE EST CONTRE 8D’AUTRES SONT CONTRE 9RAISON RELIGIEUSE 10NE SAIT PAS OU TROUVER UNE  METHODE...........................................11RASIONS DE SANTE 12PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 13TROP CHER 14INCONVENIENT 15NE SAIT PAS 98AUTRE (PRECISER) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  |  |

**Section 6: La Prévalence de la Diarrhée, de la Toux et de la Fièvre**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Questions et Filtres** | **Catégorie de Codage** | **Sauts** |
| PR1 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) souffert de la diarrhée?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR LA DIARHEE (SI NECESSAIRE)  |
| PR2 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) eu de la fièvre?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR LA FIEVRE (SI NECESSAIRE) |
| PR3 | Au cours des deux dernières semaines, a (NOM) souffert d’une toux et des difficultés à respirer/respiration rapide?  | OUI 1NON 2NE SAIT PAS 98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR L’IRA (SI NECESSAIRE) |

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

**MERCI - FIN**