**** http://t1.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcTxXkFZJsdiG3RHrL5yn4XY9QvVsHtIHZMkGGMApTHkjm9U6nLUG2dm8cB7

**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 1  NON 2 | 🡺MB5 |
| MB4 | Quel était votre niveau de scolarité le plus élevé? | MATERNELLE 1  PRIMAIRE 2  SECONDAIRE 3  PLUS ELEVE……………………………………..…………4 |  |
| MB5 | Quel est votre statut matrimonial actuel?  **LISEZ LES CHOIX DE RESPONSES** | CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE...............1  CELIBATAIRE, PAS DE PARTENAIRE HABITUEL…… ...…..2  CELIBATAIRE AVEC UN PARTENAIRE HABITUEL…… ……..3  MARIEE....................................... ...........4  COHABITATION 5  VEUVE............................. 6  DIVORCEE/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 1  FILLE 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 1  OUI, PAS VUE 2  PAS 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 …………………….1  NON …………………….2  NE 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 …………………….1  NON …………………….2  NE 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 …………………….1  NON …………………….2  NE 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 …………………….1  NON …………………….2  NE 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 …………………….1  NON …………………….2  NE 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……………………………………………………….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   |  | | --- | |  |   **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 | J’aimerais vous parler de quelque chose d’autre – la planification familiale.  Êtes-vous enceinte actuellement? | OUI, ACTUELLEMENT ENCEINTE 1  NON 2  PAS SURE OU NE SAIT PAS 98 | 🡺FP6 |
| FP2 | Aimeriez-vous avoir un autre enfant d’ici deux ans? | OUI …………………….1  NON …………………….2  NE 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 …………………….1  NON …………………….2 | 🡺FP6 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| FP4 | Que faites-vous pour repousser ou éviter une grossesse?  **NE RELANCEZ PAS.**  **SI PLUS D’UNE METHODE, ENTOUREZ CHACUN.** | STERILISATION FEMININE 1  STERILISATOIN MASCULINE 2  DIU 3  INJECTABLES 4  IMPLANTS 5  PILLULE 6  PRESERVATIF MASCULIN 7  PRESERVATIF FEMININ 8  DIAPHRAGM 9  SPERMICIDE 10  METHODE D’AMENORRHEE  LACTATIONEL 11  ABSTINENCE PERIODIQUE/ METHODE DES TEMPERATURES 12  RETRAIT 13  AUTRE (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 1  PAS DE RAPPORTS 2  RAPPORTS INFREQUENTS 3  FEMME/PARTENAIRE ALLAITE 4  VEUT PLUS D’ENFANT 5  FEMME/PARTENAIRE EST ENCEINTE 6  CONTRE L’UTILISATION D’UNE METHODE 7  PARTENAIRE EST CONTRE 8  D’AUTRES SONT CONTRE 9  RAISON RELIGIEUSE 10  NE SAIT PAS OU TROUVER UNE  METHODE...........................................11  RASIONS DE SANTE 12  PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 13  TROP CHER 14  INCONVENIENT 15  NE SAIT PAS 98  AUTRE (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 1  NON 2  NE 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 1  NON 2  NE 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 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺 ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUR L’IRA (SI NECESSAIRE) |

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

**MERCI - FIN**