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

**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 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 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 1  NON 2  NE 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 1  UN PEU MOINS 2  A PEU PRES PAREIL 3  PLUS 4  RIEN A BOIRE 5  NE 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 1  UN PEU MOINS 2  A PEU PRES PAREIL 3  PLUS 4  ARRETE DE MANGER 5  JAMAIS DONNER A MANGER 6  NE 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 1  SRO 2  ZINC .3  LIQUIDE FAIT MAISON (SRO) 4  COMPRIME OU SIROP 5  INJECTION 6  INTRAVENEUSE 7  REMEDES FAIT MAISON 8  MEDICAMENT A BASE DE PLANTE 9  AUTRE (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 1  NON 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)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6  SECTEUR PRIVE MEDICAL  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVE 7  MEDECIN PRIVE 8  PHARAMACIE PRIVEE 9  CLINIQUE MOBILE 10  AUTRE PRIVE MEDICAL (PRECISER)  11  AUTRE SOURCE  PARENT / AMI 12  MAGASIN 13  GUERISSEUR TRADITIONNEL 14  AUTRE (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 1  NON 2 | 🡺 FIN |
| CM10 | Avez-vous déjà utilise du SRO? | OUI 1  NON 2  NE SAIT PAS 98 | 🡺CM12 |
| CM11 | Où procurez-vous le SRO normalement? | HÔPITAL 1  CLINIC 2  CENTRE DE SANTE 3  RELAIS COMMUNAUTAIRE 4  MEDECIN PRIVE 5  PHARMACIE 6  MAGASINS LOCAUX 7  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 |  |
| CM12 | Savez-vous préparer le SRO? | OUI 1  NON 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 1  NE 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 4  POMPE A EAU, FORAGE 5  PUITS CREUSE  PUITS PROTEGE 6  PUITS NON-PROTEGE 7  EAU DE SOURCE  SOURCE PROTEGEE 8  SOURCE NON-PROTEGEE 9  COLLECTE DE L’EAU DE PLUIE 10  CAMION-CITERNE 11  CHARETTE AVEC PETIT RESERVOIR/TAMBOUR 12  EAU DE SURFACE (RIVIERE, RUISSEAU, BARRAGE, LAC, ETANG, CANAL D’IRRIGATION) 13  EAU EN BOUTEILLE 14  AUTRE (PRECISER) 96 |  |
| WS2 | Traitez-vous l’eau pour qu’elle soit plus la rendre plus saine? | OUI..............................................................1  NON............................................................2 | 🡺HW1 |
| WS3 | Que faites-vous d’habitude à l’eau pour la rendre plus saine?  **ENTOUREZ TOUTE RESPONSE MENTIONNEE** | BOUILLIR 1  AJOUTER DE L’EAU DE JAVEL /DU CHLORE 2  FILTRER AVEC DU TISSU 3  UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE, SABLE, COMPOSITE, ETC) 4  DESINFECTION SOLAIRE 5  LA LAISSER SE DEPOSER .............................6  AUTRE (PRECISER)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96  NSP......................……………………………………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 …………………………………….1  APRES AVOIR MANGE ……………………………......2  AVANT DE PRIER ………………………...................3  AVANT D’ALLAITER OU DE DONNER A MANGER A UN ENFANT ................................4  AVANT DE CUISINER OU DE PREPARER A MANGER ….………………………………………………….5  APRES UNE SELLE/URINATION ……………….……6  APRES AVOIR NETTOYE UN ENFANT QUI A EU UNE SELLE OU APRES AVOIR CHANGE LA COUCHE D’UN ENFANT ….……………………………7  LORSQUE LES MAINS SONT SALES……………….8  APRES AVOIR NETTOYE LES TOILETTES OU UN POT ………………..............................................9  NE SAIT PAS ……………………………………………….10  AUTRE (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...............................1  A 10 PAS DE LA CUISINE/L’ENDROIT OU ON CUISINE ................……………………………………..2  AILLEURS DANS LA MAISON OU JARDIN ..…..3  A L’EXTERIEUR DU JARDIN ………………………….4  PAS D’EMPLACEMENT SPECIFIQUE …………...5  PAS PERMIS DE VOIR .............................….…6 | 🡺LU1  🡺LU1 |
| HW3 | **OBSERVEZ:** Y a-t-il du savon disponible? | OUI................................................................1  NON...............................................................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................................................................1  NON..............................................................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……………………..5  FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6  FOSSE LATRINE COUVERTE 7  FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8  TOILETTES A COMPOST 9  SEAU 10  TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11  AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95  AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_96 | 🡺FIN |
| LU2 | Puis-je voir les toilettes? | OUI.............................................................1  NON............................................................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..5  FOSSE LATRINE  FOSSE LATRINE AMELIOREE ET VENTILEE 6  FOSSE LATRINE COUVERTE 7  FOSSE LATRINE SANS COUVERCLE / FOSSE OUVERTE 8  TOILETTES A COMPOST 9  SEAU 10  TOILETTES SUSPENDUES, LATRINES SUSPENDUS 11  AUCUNE INSTALLATION, BROSSE, CHAMP 95  AUTRE (PRECISER)­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_98 |  |