**UNICEF-SENEGAL**

**MoRES/L3M**

**Questionnaires Enquêtes LQAS**

**Processus de qualification des ménages**

**(*Utiliser une fiche par ménage*)**

1. **ENTRER DANS LE PREMIER MENAGE ET LISTER TOUS LES ENFANTS ENTRE 0 MOIS ET 16 ANS VIVANT DANS LE MENAGE.**

Quels sont tous les enfants entre 0 et 16 ans qui vivent dans votre foyer ?

**Enquêteur : lister les enfants vivants dans le foyer ainsi que leurs âges respectifs. Puis recoder dans le ou les univers associés. Un même enfant peut appartenir à différents univers.**

**Si aucun enfant de la tranche d’âge 0-16 ans, aller au ménage suivant.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM de l’enfant** | **Age***Si moins de 12 mois, enregistrez en* ***mois révolus****Si 12 mois ou plus, enregistrer en* ***années révolues*** | **Mode d’obtention de l’âge*****Déclaratif = 1******Vérifié (acte de naissance) = 2*** | **Univers** **moins de 6 mois** | **Univers** **12-23 mois** | **Univers** **36-59 mois** | **Univers** **moins de 5 ans** | **Univers** **6-16 ans** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **RECAPITULER LES DIFFERENTS UNIVERS IDENTIFIÉS A L’ETAPE 1**

|  |  |
| --- | --- |
| Univers Moins de 6 mois | 1 |
| Univers 12-23 mois | 2 |
| Univers 36-59 mois | 3 |
| Univers Moins de 5 ans | 4 |
| Univers 6-16 ans | 5 |

1. **SELECTIONNER ALEATOIREMENT L’UNIVERS QUI SERA INVESTIGUÉ DANS CE MENAGE.**

Si un seul univers identifié, c’est cet univers qui sera investigué. Si plusieurs univers sont présents, effectuer un tirage aléatoire simple entre les différents univers possibles.

1. **ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE RELATIF A L’UNIVERS SELECTIONNÉ A LA MERE DE L’ENFANT CONCERNÉ.**

Cet enfant sera aléatoirement sélectionné si plusieurs cas possibles, ou sera le choix unique si un seul enfant de cet univers est trouvé dans le ménage. Une seule section de questionnaire (=un seul univers) est investiguée par ménage.

1. **PUIS ALLER DANS LE MENAGE SUIVANT POUR RECHERCHER LES AUTRES UNIVERS SELON LE MEME PROCÉDÉ.**
2. **RECAPITULER DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LA SITUATION ET LA SEQUENCE DES VISITES AYANT PERMIS DE COUVRIR L’ENSEMBLE DES UNIVERS.**

|  |
| --- |
| **Nombre de ménages visités avant de trouver le répondant** |
| **Pour chaque foyer en colonne, cocher la situation appropriée selon les cas présentés en ligne** |
|  | **Séquence des foyers visités** | Total |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |   |
| Questionnaire Mères d'enfants de moins de 6 mois complété |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Questionnaire Mères d'enfants de 12 à 23 mois complété |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Questionnaire Mères d'enfants de 36-59 mois ans complété |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Questionnaire Mères d'enfants de moins de 5 ans complété |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Questionnaire Mères d'enfants de 6 à 16 ans complété |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Personne à interroger absente pour plus de 30 minutes |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Foyer vide |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Pas de répondant adéquat dans le foyer |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| Refus |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

1. **FIN D’UN QUESTIONNAIRE**

Un questionnaire est terminé lorsque la checklist ci-dessous est complétée (tous les univers investigués).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|   | **Check List Questionnaire** |   |
|   | Questionnaire Mères d'enfants de moins de 6 mois | 1 |
|   | Questionnaire Mères d'enfants de 12-23 mois | 2 |
|   | Questionnaire Mères d'enfants de 36-59 mois | 3 |
|   | Questionnaire Mères d'enfants de moins de 5 ans | 4 |
|   | Questionnaire Mères d'enfants de 6 -16 ans | 5 |

**UNE FOIS TOUTES LES SECTIONS DU QUESTIONNAIRE COMPLETÉES, L’ENQUETEUR SE DEPLACERA DANS LE SITE DE COLLECTE SUIVANT POUR Y ADMINISTRER LE QUESTIONNAIRE SUIVANT.**

**LQAS – 2013**

**Questionnaire des mères d’enfants de moins de 6 mois**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Zone de Supervision ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro LQAS (sur 19) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro d’ordre du ménage (1, 2, 3, 4, 5, …) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom de l'enquêteur |   |   |   |   |   |
| Code de l'enquêteur ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Région ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Département ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune / Arrondissement (ZS) ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune Urbaine / Communauté Rurale ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Milieu de résidence |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urbain | Rural |
| 1 | 2 |

 |  |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du répondant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de l'interview (JJ / MM) \_\_\_ / \_\_\_ / 2013  |
|
|

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE DEBUT DE L’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE : MINUTE) |

Bonjour / Bonsoir. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je recueille des données qui vont être utilisées par l’Agence Régionale de Développement, la préfecture et les services du département pour apprécier la situation des populations. Cette enquête est réalisée auprès des ménages, et en particulier auprès des mères d’enfants. Elle a pour objectif d’identifier les besoins des populations en matière de santé, d’éducation et de protection des enfants en particulier et les résultats permettront aux services publics de mettre en place des programmes et infrastructures en matière de bien-être des populations. Les informations que vous nous donnerez resteront purement confidentielles. Nous espérons que vous répondrez à nos questions car votre opinion est très importante pour nous.

Souhaitez-vous participer à cette enquête ?

 **Oui 1** 🡪 Commencer l’interview

 **Non 2** 🡪 Arrêter Coder en tant que refus et aller au ménage suivant

**INSTRUCTIONS AUX AGENTS ENQUETEURS**

Pour ce questionnaire, interviewer **IMPÉRATIVEMENT** la mère biologique de l’enfant de moins de 6 mois.

Pour toutes les questions, ne pas lire les réponses possibles.

Section 1 – Profil de la mère

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **M1** | Quel est votre âge ?INDIQUER AGE EN ANNÉES COMPLÉTÉES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ans** |

 |  |
| **M2** | Avez-vous déjà été à l’école ? (fait des études ?)UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 M4** |
| **M3** | Quel est le niveau le plus élevé que vous ayez atteint à l’école ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Primaire | 1 |
| Collège (CEM) | 2 |
| Lycée | 3 |
| Université (post bac) | 4 |

 |  |
| **M4** | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Célibataire (jamais mariée)  | 1 |
| Mariée | 2 |
| Divorcée/Séparée | 3 |
| Veuve | 4 |

 |  |

Section 2 – Profil de l’enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **C1** | Combien d’enfants de moins de 6 mois y a-t-il dans votre ménage ?a. Nom Enfant 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Nom Enfant 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Nom Enfant 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Nom Enfant 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Nom Enfant 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

INDIQUER NOMBRE D’ENFANTS ENTRE 0 ET MOINS DE 6 MOIS |  |
| **C2** | INDIQUER LE NOM DE L’ENFANT SELECTIONNE - LE RESTE DE LA SECTION DOIT SEULEMENT CONCERNER CET ENFANT | **|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|** |  |
| **C3** | Quel est le sexe de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Masculin  | 1 |
| Féminin  | 2 |

 |  |
| **C4** | Quelle est la date de naissance de [NOM ENFANT] ?SI LA MERE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ 98 POUR “Ne Sait Pas” (NSP) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_(JJ / MM / AAAA) |  |
| **C5** | Combien de mois a [NOM ENFANT] ?SI LA MERE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS PRECISEMENT |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **mois** |

INDIQUER LE NOMBRE DE MOIS COMPLÉTÉS |  |

Section 3 – Disposition vis-à-vis des Formations Sanitaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **S1** | Connaissez-vous au moins une Formation Sanitaire (hôpital, dispensaire, centre ou poste de santé, etc.) où les femmes enceintes de votre quartier/village pourraient se rendre pour des **consultations prénatales ou pour accoucher** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 S2** |
| **S1a** | [SI OUI A S1] : Selon vous, la **distance** entre votre **domicile** et cette Formation Sanitaire (**pour les CPN**) est-elle trop grande ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S2** | Selon vous, les frais liés aux consultations prénatales dans cette formation sanitaire sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **S3** | Selon vous, les frais liés à l’accouchement dans cette formation sanitaire sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **S4** | Savez-vous les frais d’accouchement sont gratuits ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S5** | A votre avis, est-ce que toutes les femmes enceintes, **sans exception**, devraient effectuer des consultations prénatales (**au moins 4 CPN**) ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S6** | A votre avis, est-ce que toutes les femmes enceintes, **sans exception**, devraient accoucher dans une structure de santé formelle (centre/poste/case de santé, dispensaire, hôpital, etc.) ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 4 - Prévention de la transmission mère-enfant du VIH/Sida

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **V1** | Avez-vous déjà entendu parler du VIH/Sida ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Section 5** |
| **V2** | Pensez-vous que chaque femme enceinte devrait faire un test de **dépistage du SIDA pendant sa grossesse** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **V3** | Selon vous, les frais liés aux conseils et dépistage volontaires du SIDA dans cette zone sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **V4** | Savez-vous que le test de dépistage du SIDA est gratuit ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
|  |  |  |  |

Section 5 – Suivi pré et postnatal

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **P1** | Lorsque vous étiez enceinte de [NOM ENFANT], avez-vous fait des **consultations prénatales**, c’est-à-dire des visites pour suivre la grossesse ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 P2** |
| **P1a** | **[Si OUI a P1]** Combien de **CPN** avez-vous faites ? |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Moins de Quatre | Quatre | Plus de Quatre | NSP |
| 1 | 2 | 3 | 9 |

 |  |
| **P2** | Avez-vous **accouché** de [NOM ENFANT] dans une **formation sanitaire avec un personnel qualifié** (exemple : hôpital, centre de santé, maternité, dispensaire, hôpital, etc.) ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P3** | Et lorsque vous avez accouché de [NOM ENFANT], avez-vous fait une **consultation** **post-natale** dans une structure de santé, c’est-à-dire consulté pour votre bébé et pour vous-même dans les jours qui ont suivi l’accouchement ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **1 🡪 P4** |
| **P4** | Si oui préciser la période de consultation post-natale |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| <3jours | 3-15 jours | >15jours |
|  |  |  |

 |  |

Section 6 – Allaitement maternel exclusif

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **N1** | Pensez-vous que les enfants doivent être nourris **uniquement/exclusivement** au sein maternel de la naissance jusqu’à l’âge de 6 mois ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 7 - Visites à Domicile des Relais Communautaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **R1** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà reçu au moins une fois la visite d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R2** | Depuis la naissance de [NOM ENFANT], avez-vous reçu au moins une visite à domicile d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R3** | Le Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh vous a rendu visite combien de temps après l’accouchement de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSENE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLES | Le même jour▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Le lendemain▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Dans les 48 heures▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Dans les 72 heures▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺4 à 6 jours après▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Une semaine après▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Entre une semaine et un mois après▪▪▪🡺Plus d’un mois après▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123456789 |  |
| **R4** | De quoi avez-vous parlé avec le Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh lors de cette visite?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhum, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le respect du calendrier vaccinal du jeune enfant ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur l’Allaitement Maternel Exclusif (AME) de 0 à 6 mois ?▪▪▪▪ ▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Soins du cordon▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123456789 |  |
| **R5** | Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous reçu au moins une visite à domicile d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R6** | De quoi avez-vous parlé avec le Relais Communautaire/ASC/Badienou Gokh lors de la dernière visite survenue au cours de ces trois derniers mois ?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhum, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le respect du calendrier vaccinal du jeune enfant ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur l’Allaitement Maternel Exclusif (AME) de 0 à 6 mois ?▪▪▪▪ ▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Soins du cordon▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123456789 |  |
| **R6a** | Avez-vous appliqué les conseils reçus lors de cette visite de Relais/ASC ?**PRECISEZ LESQUELS** | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhum, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le respect du calendrier vaccinal du jeune enfant ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur l’Allaitement Maternel Exclusif (AME) de 0 à 6 mois ?▪▪▪▪ ▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Soins du cordon▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 12345678 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE FIN D’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE:MINUTE) |

**LQAS – 2013**

**Questionnaire des mères d’enfants de 12-23 mois**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Zone de Supervision ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro LQAS (sur 19) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro d’ordre du ménage (1, 2, 3, 4, 5, …) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom de l'enquêteur |   |   |   |   |   |
| Code de l'enquêteur ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Région ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Département ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune / Arrondissement (ZS) ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune Urbaine / Communauté Rurale ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Milieu de résidence |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urbain | Rural |
| 1 | 2 |

 |  |
| Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du répondant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de l'interview (JJ / MM) \_\_\_ / \_\_\_ / 2013  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE DEBUT DE L’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE : MINUTE) |

Bonjour / Bonsoir. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je recueille des données qui vont être utilisées par l’Agence Régionale de Développement, la préfecture et les services du département pour apprécier la situation des populations. Cette enquête est réalisée auprès des ménages, et en particulier auprès des mères d’enfants. Elle a pour objectif d’identifier les besoins des populations en matière de santé, d’éducation et de protection des enfants en particulier et les résultats permettront aux services publics de mettre en place des programmes et infrastructures en matière de bien-être des populations. Les informations que vous nous donnerez resteront purement confidentielles. Nous espérons que vous répondrez à nos questions car votre opinion est très importante pour nous.

Souhaitez-vous participer à cette enquête ?

 **Oui 1** 🡪 Commencer l’interview

 **Non 2** 🡪 Arrêter Coder en tant que refus et aller au ménage suivant

**INSTRUCTIONS AUX AGENTS ENQUETEURS**

Pour ce questionnaire, interviewer soit la mère biologique, soit la gardienne de l’enfant de 12-23 mois.

Pour toutes les questions, ne pas lire les réponses possibles.

Section 1 – Profil de la mère

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **M1** | Quel est votre âge ?INDIQUER AGE EN ANNÉES COMPLÉTÉES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ans** |

 |  |
| **M2** | Avez-vous déjà été à l’école ? (fait des études ?)UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 M4** |
| **M3** | Quel est le niveau le plus élevé que vous ayez atteint à l’école ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Primaire | 1 |
| Collège (CEM) | 2 |
| Lycée | 3 |
| Université (post bac) | 4 |

 |  |
| **M4** | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Célibataire (jamais mariée)  | 1 |
| Mariée | 2 |
| Divorcée/Séparée | 3 |
| Veuve | 4 |

 |  |

Section 2 – Profil de l’enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **C1** | Combien d’enfants âgés de 12 à 23 mois y a-t-il dans votre ménage ?a. Nom Enfant 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Nom Enfant 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Nom Enfant 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Nom Enfant 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Nom Enfant 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
|  |

INDIQUER NOMBRE D’ENFANTS ENTRE 12 ET 23 MOIS |  |
| **C2** | INDIQUER LE NOM DE L’ENFANT SELECTIONNE.LE RESTE DE LA SECTION DOIT SEULEMENT CONCERNER CET ENFANT. | **|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|** |  |
| **C3** | Quel est le sexe de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Masculin  | 1 |
| Féminin  | 2 |

 |  |
| **C4** | Quelle est la date de naissance de [NOM ENFANT] ?SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ 98 POUR “Ne Sait Pas” (NSP) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_(JJ / MM / AAAA) |  |
| **C5** | Combien de mois a [NOM ENFANT] ?SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS PRECISEMENT |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **mois** |

INDIQUER LE NOMBRE DE MOIS COMPLÉTÉS |  |

Section 3 – Vaccination

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **S1** | Connaissez-vous une formation sanitaire (hôpital, dispensaire, centre ou poste de santé, case de santé, etc.) proche de chez vous où l’on peut **faire vacciner les enfants**?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **1 🡪 S2** |
| **S1a** | [Si NON à S1] : Selon vous, la **distance** entre votre domicile et la FS **(pour la vaccination des enfants)** la plus proche est-elle trop grande ou non ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S2** | Trouvez-vous élevés les frais que vous payez pour la vaccination de vos enfants ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **S2a** | Saviez-vous que les frais liés aux vaccinations sont gratuits ?  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S3** | A votre avis, est-il important que tous les enfants - **sans exception** - soient vaccinés avant d’atteindre l’âge d’un an ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **S4** | **Parlons maintenant de [NOM ENFANT] :** A-t-il/elle déjà reçu **un vaccin – n’importe lequel -** pour lui éviter de contracter des maladies, soit au niveau de la formation sanitaire, soit lors des passages des équipes de vaccination - y compris pendant les campagnes de vaccination ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 | **2 🡪 Section 4****9 🡪 Section 4** |
| **S4a** | Avez-vous une carte ou un carnet où sont inscrites les vaccinations de [NOM ENFANT] ?(**SI OUI**) Puis-je la/le voir, s’il vous plaît?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui, vue | Oui, pas vue | Pas de carte |
| 1 | 2 | 3 |

 | **2 🡪 S5a****3 🡪 S5b** |
| **S5** | INSTRUCTION AUX ENQUETEURS : Renseignez les questions S5a et S5b à partir des informations contenues dans le carnet/carte de vaccination. |

|  |  |
| --- | --- |
| Carte lisible | Carte illisible |
| 1 | 2 |

 |  |
| **S5a** | [NOM ENFANT] a-t-il/elle reçu le vaccin **Pentavalent/DTC** – c’est-à-dire une injection dans la cuisse ou la fesse – pour l’empêcher de contracter la diphtérie, le tétanos, la polio, la coqueluche, l’haemophilus influenza ou l’hépatite b ?RELANCER EN INDIQUANT QUE LE VACCIN PENTA/DTC EST DONNE EN MÊME TEMPS QUE LE VACCIN CONTRE LA POLIO  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 | **2 🡪 Section 4****9 🡪 Section 4** |
| **S5b** | Combien de fois [NOM ENFANT] a-t-il/elle reçu le vaccin **Pentavalent/DTC**? |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **fois** |

**Ne Sait Pas = 98** |  |
| **S5c** | [A remplir par l’enquêteur] : Sur la base de la réponse de la question S5b ci-dessus, l’enfant a-t-il reçu les 3 doses de Penta/DTC – autrement dit le Penta3/DTC3 ?  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 4 - Visites à Domicile des Relais Communautaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **R1** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà reçu au moins une fois la visite d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R2** | Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous eu au moins une visite à domicile d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R3** | De quoi avez-vous parlé avec le Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh lors de la dernière visite survenue au cours de ces trois derniers mois ?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le respect du calendrier vaccinal du jeune enfant ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur l’alimentation complémentaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 12345679 |  |
| **R3a** | Avez-vous appliqué les conseils reçus lors de cette visite de Relais/ASC/Badienu Gokh ?**PRECISEZ LESQUELS** | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le Suivi Promotion de la Croissance (SPC) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur le respect du calendrier vaccinal du jeune enfant ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur l’alimentation complémentaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 1234567 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE FIN D’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE:MINUTE) |

**LQAS – 2013**

**Questionnaire des mères d’enfants de 36-59 mois**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Zone de Supervision ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro LQAS (sur 19) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro d’ordre du ménage (1, 2, 3, 4, 5, …) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom de l'enquêteur |   |   |   |   |   |
| Code de l'enquêteur ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Région ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Département ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune / Arrondissement (ZS) ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune Urbaine / Communauté Rurale ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Milieu de résidence |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urbain | Rural |
| 1 | 2 |

 |  |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du répondant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de l'interview (JJ / MM) \_\_\_ / \_\_\_ / 2013  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE DEBUT DE L’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE : MINUTE) |

Bonjour / Bonsoir. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je recueille des données qui vont être utilisées par l’Agence Régionale de Développement, la préfecture et les services du département pour apprécier la situation des populations. Cette enquête est réalisée auprès des ménages, et en particulier auprès des mères d’enfants. Elle a pour objectif d’identifier les besoins des populations en matière de santé, d’éducation et de protection des enfants en particulier et les résultats permettront aux services publics de mettre en place des programmes et infrastructures en matière de bien-être des populations. Les informations que vous nous donnerez resteront purement confidentielles. Nous espérons que vous répondrez à nos questions car votre opinion est très importante pour nous.

Souhaitez-vous participer à cette enquête ?

 **Oui 1** 🡪 Commencer l’interview

 **Non 2** 🡪 Arrêter Coder en tant que refus et aller au ménage suivant

**INSTRUCTIONS AUX AGENTS ENQUETEURS**

Pour ce questionnaire, interviewer soit la mère biologique, soit la gardienne de l’enfant de 36-59 mois.

Pour toutes les questions, ne pas lire les réponses possibles.

Section 1 – Profil de la mère

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **M1** | Quel est votre âge ?INDIQUER AGE EN ANNÉES COMPLÉTÉES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ans** |

 |  |
| **M2** | Avez-vous déjà été à l’école ? (fait des études ?)UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 M4** |
| **M3** | Quel est le niveau le plus élevé que vous ayez atteint à l’école ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Primaire | 1 |
| Collège (CEM) | 2 |
| Lycée | 3 |
| Université (post bac) | 4 |

 |  |
| **M4** | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Célibataire (jamais mariée)  | 1 |
| Mariée | 2 |
| Divorcée/Séparée | 3 |
| Veuve | 4 |

 |  |

Section 2 – Profil de l’enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **C1** | Combien d’enfants de 36-59 mois y a-t-il dans votre ménage ?a. Nom Enfant 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Nom Enfant 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Nom Enfant 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Nom Enfant 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Nom Enfant 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

INDIQUER NOMBRE D’ENFANTS ENTRE 36 ET 59 MOIS |  |
| **C2** | INDIQUER LE NOM DE L’ENFANT SELECTIONNE - LE RESTE DE LA SECTION DOIT SEULEMENT CONCERNER CET ENFANT | **|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|** |  |
| **C3** | Quel est le sexe de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Masculin  | 1 |
| Féminin  | 2 |

 |  |
| **C4** | En quel mois et en quelle année est né(e) [NOM ENFANT] ?RELANCEZ : Quelle est sa date de naissance ?LE MOIS ET L’ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ 98 POUR “Ne Sait Pas” (NSP) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_(JJ / MM / AAAA) |  |
| **C5** | Combien de mois a [NOM ENFANT] ?SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS PRECISEMENT |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **mois** |

INDIQUER LE NOMBRE DE MOIS COMPLÉTÉS |  |

Section 3 – Accès au Préscolaire

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **E1** | Connaissez-vous une école maternelle ou une structure préscolaire (Jardin d'enfants ou Case des Tout Petits) où l’on **peut inscrire les jeunes enfants de ce quartier/village** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 E5** |
| **E2** | A votre avis, l’école maternelle ou la structure préscolaire (Jardin d'enfants ou Case de Tout Petits) la plus proche où l’on **peut inscrire les enfants de ce quartier/village** est-elle trop éloignée de chez vous ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **E3** | Selon vous, les frais de scolarité dans ces structures préscolaires ou ces écoles maternelles sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **E4** | Et concernant [NOM ENFANT], est-il/elle actuellement inscrit(e) à l’école maternelle ou dans une structure préscolaire (Jardin d'enfants ou Case de Tout Petits) ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **E5** | A votre avis, est-ce que tous les enfants âgés entre 3 et 5 ans, **sans exception**, garçons comme filles, devraient aller à l’école maternelle ou dans une structure préscolaire ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 4 - Visites à Domicile des Relais Communautaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **R1** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà reçu au moins une fois la visite d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R2** | Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous reçu au moins une visite à domicile d’un Relais Communautaire/ ASC/Badienu Gokh?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Terminer interview** |
| **R3** | De quoi avez-vous parlé avec le Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh lors de la dernière visite survenue au cours de ces trois derniers mois ?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 12349 |  |
| **R3a** | Avez-vous participé à des sessions de sensibilisation communautaires où vous avez parlé des problèmes relatifs à la santé de l’enfant au cours des trois derniers mois |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |  |
| **R3b** | (SI OUI à R3a, précisez)Avez-vous appliqué les conseils reçus lors de cette visite de Relais/ASC/Badienu Gokh ?**PRECISEZ LESQUELS** | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 1234 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE FIN D’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE:MINUTE) |

**LQAS – 2013**

**Questionnaire des mères d’enfants de moins de 5 ans**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Zone de Supervision ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro LQAS (sur 19) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro d’ordre du ménage (1, 2, 3, 4, 5, …) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom de l'enquêteur |   |   |   |   |   |
| Code de l'enquêteur ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Région ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Département ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune / Arrondissement (ZS) ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune Urbaine / Communauté Rurale ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Milieu de résidence |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urbain | Rural |
| 1 | 2 |

 |  |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du répondant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de l'interview (JJ / MM) \_\_\_ / \_\_\_ / 2013  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE DEBUT DE L’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE : MINUTE) |

Bonjour / Bonsoir. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je recueille des données qui vont être utilisées par l’Agence Régionale de Développement, la préfecture et les services du département pour apprécier la situation des populations. Cette enquête est réalisée auprès des ménages, et en particulier auprès des mères d’enfants. Elle a pour objectif d’identifier les besoins des populations en matière de santé, d’éducation et de protection des enfants en particulier et les résultats permettront aux services publics de mettre en place des programmes et infrastructures en matière de bien-être des populations. Les informations que vous nous donnerez resteront purement confidentielles. Nous espérons que vous répondrez à nos questions car votre opinion est très importante pour nous.

Souhaitez-vous participer à cette enquête ?

 **Oui 1** 🡪 Commencer l’interview

 **Non 2** 🡪 Arrêter Coder en tant que refus et aller au ménage suivant

**INSTRUCTIONS AUX AGENTS ENQUETEURS**

Pour ce questionnaire, interviewer soit la mère biologique, soit la gardienne de l’enfant de moins de 5 ans.

Pour toutes les questions, ne pas lire les réponses possibles.

Section 1 – Profil de la mère

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **M1** | Quel est votre âge ?INDIQUER AGE EN ANNÉES COMPLÉTÉES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ans** |

 |  |
| **M2** | Avez-vous déjà été à l’école ? (fait des études ?)UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 M4** |
| **M3** | Quel est le niveau le plus élevé que vous ayez atteint à l’école ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Primaire | 1 |
| Collège (CEM) | 2 |
| Lycée | 3 |
| Université (post bac) | 4 |

 |  |
| **M4** | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Célibataire (jamais mariée)  | 1 |
| Mariée | 2 |
| Divorcée/Séparée | 3 |
| Veuve | 4 |

 |  |

Section 2 – Profil de l’enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **C1** | Combien d’enfants de moins de 5 ans y a-t-il dans votre ménage ?a. Nom Enfant 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Nom Enfant 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Nom Enfant 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Nom Enfant 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Nom Enfant 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. Nom Enfant 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_g. Nom Enfant 7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

INDIQUER NOMBRE D’ENFANTS ENTRE 0 ET 59 MOIS |  |
| **C2** | INDIQUER LE NOM DE L’ENFANT SELECTIONNE - LE RESTE DE LA SECTION DOIT SEULEMENT CONCERNER CET ENFANT | **|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|** |  |
| **C3** | Quel est le sexe de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Masculin  | 1 |
| Féminin  | 2 |

 |  |
| **C4** | En quel mois et en quelle année est né(e) [NOM ENFANT] ?RELANCEZ : Quelle est sa date de naissance ?LE MOIS ET L’ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ 98 POUR “Ne Sait Pas” (NSP) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_(JJ / MM / AAAA) |  |
| **C5** | Quel âge a [NOM ENFANT] ?RELANCEZ : Quel âge avait [NOM ENFANT] lors de son dernier anniversaire ?NOTEZ L’AGE EN ANNEES COMPLETEES.NOTEZ ‘0’ SI C’EST MOINS D’UN AN. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **an(s)** |

INDIQUER LE NOMBRE D’ANNEES COMPLETEES |  |

Section 3 – Lavage des mains

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **L1** | Montrez-moi, s'il vous plait, l’endroit où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Observé | Non observé, pas dans logement /cour/parcelle | Non observé, pas de permission pour vérifier |
| 1 | 2 | 3 |

 | **2 🡪 L4****3 🡪 L4** |
| **L2** | OBSERVATION SEULEMENT :Observez la disponibilité d'eau à l'endroit où les membres du ménage se lavent les mainsUNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui, eau disponible | Non, eau non disponible |
| 1 | 2 |

 |  |
| **L3** | OBSERVATION SEULEMENT :Observez la disponibilité de savon ou détergent (en morceau, liquide, poudre, pâte) à l'endroit où les membres du ménage se lavent les mainsUNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui, savon/détergent disponible | Non, savon/détergent non disponible |
| 1 | 2 |

 |  |
| **L4** | Montrez-moi, s'il vous plait, les latrines/toilettes habituellement utilisées par les membres du ménage.UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Observé | Non observé, pas dans logement /cour/parcelle | Non observé, pas de permission pour vérifier |
| 1 | 2 | 3 |

 | **2 🡪 L7****3 🡪 L7** |
| **L5** | OBSERVATION SEULEMENT :Observez la disponibilité d'eau à moins de 10 mètres des latrines/toilettes habituellement utilisées par les membres du ménage UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui, eau disponible | Non, eau non disponible |
| 1 | 2 |

 |  |
| **L6** | OBSERVATION SEULEMENT :Observez la disponibilité de savon/détergent à moins de 10 mètres des latrines/toilettes habituellement utilisées par les membres du ménage UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui, savon/détergent disponible | Non, savon/détergent non disponible |
| 1 | 2 |

 |  |
| **L7** | Selon vous, le prix du savon/détergent que vous utilisez dans ce ménage pour se laver les mains est-il trop cher ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |

Section 4 - Visites à Domicile des Relais Communautaires

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **R1** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà reçu au moins une fois la visite d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Section 5** |
| **R2** | Au cours de ces trois derniers mois, avez-vous eu au moins une visite à domicile d’un Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Section 5** |
| **R3** | De quoi avez-vous parlé avec le Relais Communautaire/ASC/Badienu Gokh lors de la dernière visite survenue au cours de ces trois derniers mois ?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 12349 |  |
| **R3a** | Avez-vous participé à des sessions de sensibilisation ou vous avez parlé de problèmes relatifs à la santé de l’enfant au cours des trois derniers mois |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |  |
| **R3b** | (SI OUI à R3a, précisez) Avez-vous appliqué les conseils reçus lors de cette visite de Relais/ASC/Badienu Gokh ?**PRECISEZ LESQUELS** | Information sur l’hygiène, le lavage des mains et l’assainissement▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prévention du paludisme avec l’utilisation de la MILDA▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la Prise en Charge de la diarrhée à domicile avec le SRO/Zn ▪▪▪▪▪🡺Conseils sur la prise en charge à domicile des infections respiratoires chez l’enfant (toux, rhume, difficultés respiratoires) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 1234 |  |
| **R3C** | Avez entendu parler des comportements de santé à adopter (lavage des mains, allaitement exclusif au sein, utilisation de moustiquaire imprégné, SRO, vaccination) à la radio |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

  |  |  |

Section 5 – Traitement de l’eau de boisson à domicile

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **T1** | Votre ménage a-t-il accès en permanence à une source d’eau de boisson qui est toujours potable et salubre ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **T2** | Y a-t-il des moments où l’eau qui est bue dans votre ménage nécessite d’être traitée pour la rendre plus salubre avant de la boire ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **T3** | Et vous, pensez-vous qu’il est important de traiter une eau provenant d’une source peu sûre (puits non protégés, eaux de surface, etc.) pour la rendre plus salubre avant de la boire ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **T4** | Qu’est-ce que vous utilisez habituellement pour purifier l’eau de boisson de votre ménage ?NE LISEZ PAS LES OPTIONS POSSIBLESRELANCEZ : AUTRE CHOSE ? ENTOUREZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNÉES | Rien du tout ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Eau de Javel ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Comprimés de purification de l’eau (Aquatabs, Oasis, Pur, etc.) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Purification par rayonnement solaire (SODIS) ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Autre méthode **mais inefficace**▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123459 |  |
| **ENQUETEUR : Partie relative à l’utilisation des comprimés de purification de l’eau (Aquatabs, Oasis, Pur, etc.)****Si “3” cité à T4, administrer les questions T5 à T10, sinon passer à T11** |
| **T5** | Avez-vous déjà vu des comprimés de purification de l’eau (**Aquatabs, Oasis, Pur, etc.**) qui sont habituellement utilisés pour traiter l’eau de boisson ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 T11** |
| **T6** | Avez-vous déjà utilisé ces comprimés de purification de l’eau pour traiter l’eau de boisson de votre ménage ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 T11** |
| **T7** | Qui vous a montré comment utiliser ces comprimés de purification de l’eau pour traiter l’eau de boisson ?UNE SEULE REPONSE | Agent d’hygiène ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Relais communautaire▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent de santé communautaire ▪▪▪▪▪🡺OCB ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Autre (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123459 |  |
| **T8** | Connaissez-vous un endroit proche d’ici où vous pouvez vous procurer des comprimés de purification de l’eau ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **T9** | Habituellement, où vous procurez-vous ces comprimés de purification de l’eau ?UNE SEULE REPONSE | Boutique de proximité (du coin) ▪▪▪▪🡺Louma (marché hebdomadaire) ▪▪▪▪▪🡺Formation sanitaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Pharmacie/dépôt de médicaments ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent d’hygiène ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Relais communautaire▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent de santé communautaire ▪▪▪▪▪🡺OCB ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123456789 |  |
| **T10** | Selon vous, est-ce que le prix que vous payez pour l’achat de ces comprimés de purification de l’eau est élevé ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **ENQUETEUR : Partie relative à l’utilisation de l’eau de javel pour la purification de l’eau de boisson****Si “2” cité à T4, administrer les questions T11 à T15** |
| **T11** | Avez-vous déjà utilisé de l’eau de javel pour purifier/traiter l’eau de boisson de votre ménage ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 T13** |
| **T12** | Qui vous a montré comment utiliser l’eau de javel pour traiter l’eau de boisson ?UNE SEULE REPONSE | Agent d’hygiène ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Relais communautaire▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent de santé communautaire ▪▪▪▪▪🡺OCB ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Autre (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) ▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123459 |  |
| **T13** | Connaissez-vous un endroit proche d’ici où vous pouvez vous procurer de l’eau de javel ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **T14** | Habituellement, où vous procurez-vous de l’eau de javel ?UNE SEULE REPONSE | Boutique de proximité (du coin) ▪▪▪▪🡺Louma (marché hebdomadaire) ▪▪▪▪▪🡺Formation sanitaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Pharmacie/dépôt de médicaments ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent d’hygiène ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Relais communautaire▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Agent de santé communautaire ▪▪▪▪▪🡺OCB ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺Ne sait pas▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123456789 |  |
| **T15** | Selon vous, est-ce que le prix que vous payez pour l’achat de l’eau de javel est élevé ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 6 – Pratiques Familiales Essentielles

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **F1** | Pensez-vous qu’il est important pour la santé de l’enfant qu’il soit nourri **uniquement avec le sein maternel** de la naissance jusqu’à l’âge de 6 mois ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **F2** | Pensez-vous qu’il est important pour la santé de l’enfant que la mère ou la gardienne de l’enfant se **lave systématiquement les mains** après la sortie des latrines, avant de manger ou avant de préparer le repas de l’enfant ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **F2a** | Vos moyens financiers vous permettent-ils d’avoir du savon en permanence ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **F3** | Pensez-vous qu’il est important pour la santé de l’enfant de le coucher toujours sous une **moustiquaire imprégnée** (à longue durée d’action) ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **F3a** | Vos moyens financiers vous permettent-ils de toujours avoir une moustiquaire imprégnée disponible dans votre foyer pour [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **F4** | Pensez-vous qu’il est important pour la santé de l’enfant de toujours lui donner **des solutions de réhydratation orale et du Zinc** en cas de diarrhée ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **F4a** | Vos moyens financiers vous permettent-ils de toujours pouvoir préparer une solution de réhydratation orale et du zinc pour [NOM ENFANT] lorsqu’il a la diarrhée ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **F5** | A votre avis, est-il important **que tous les enfants soient vaccinés avant l’âge d’un an** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **F5a** | Vos moyens financiers vous permettent-ils d’assurer le respect de l’ensemble des vaccins de [NOM ENFANT] selon le calendrier vaccinal ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 7 – Etat civil

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **P1** | Avez-vous déjà reçu des informations sur l’importance de l’enregistrement des naissances ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P2** | Selon vous, est ce qu’il est important de déclarer tous les enfants à l’état-civil dès leur naissance ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **P3** | Selon vous, le lieu le plus proche où les parents de votre village/quartier **peuvent déclarer la naissance de leurs enfants** est-il trop éloigné ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **P4** | Selon vous, les frais liés à l’enregistrement des naissances sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE FIN D’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE:MINUTE) |

**LQAS – 2013**

**Questionnaire des mères d’enfants de 6-16 ans**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Zone de Supervision ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro LQAS (sur 19) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Numéro d’ordre du ménage (1, 2, 3, 4, 5, …) |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom de l'enquêteur |   |   |   |   |   |
| Code de l'enquêteur ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
| Région ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Département ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune / Arrondissement (ZS) ***(variable précodée)*** |  |  |  |  |  |
| Commune Urbaine / Communauté Rurale ***(variable précodée)*** |   |   |   |   |   |
| Milieu de résidence |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Urbain | Rural |
| 1 | 2 |

 |  |
|   |   |   |   |   |   |
| Nom du chef de ménage \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Nom du répondant \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de l'interview (JJ / MM) \_\_\_ / \_\_\_ / 2013  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE DEBUT DE L’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE : MINUTE) |

Bonjour / Bonsoir. Je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Je recueille des données qui vont être utilisées par l’Agence Régionale de Développement, la préfecture et les services du département pour apprécier la situation des populations. Cette enquête est réalisée auprès des ménages, et en particulier auprès des mères d’enfants. Elle a pour objectif d’identifier les besoins des populations en matière de santé, d’éducation et de protection des enfants en particulier et les résultats permettront aux services publics de mettre en place des programmes et infrastructures en matière de bien-être des populations. Les informations que vous nous donnerez resteront purement confidentielles. Nous espérons que vous répondrez à nos questions car votre opinion est très importante pour nous.

Souhaitez-vous participer à cette enquête ?

 **Oui 1** 🡪 Commencer l’interview

 **Non 2** 🡪 Arrêter Coder en tant que refus et aller au ménage suivant

**INSTRUCTIONS AUX AGENTS ENQUETEURS**

Pour ce questionnaire, interviewer soit la mère biologique, soit la gardienne de l’enfant de moins de 6-16 ans.

Pour toutes les questions, ne pas lire les réponses possibles.

Section 1 – Profil de la mère

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **M1** | Quel est votre âge ?INDIQUER AGE EN ANNÉES COMPLÉTÉES |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **ans** |

 |  |
| **M2** | Avez-vous déjà été à l’école ? (fait des études ?)UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 M4** |
| **M3** | Quel est le niveau le plus élevé que vous ayez atteint à l’école ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Primaire | 1 |
| Collège (CEM) | 2 |
| Lycée | 3 |
| Université (post bac) | 4 |

 |  |
| **M4** | Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Célibataire (jamais mariée)  | 1 |
| Mariée | 2 |
| Divorcée/Séparée | 3 |
| Veuve | 4 |

 |  |

Section 2 – Profil de l’enfant

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **C1** | Combien d’enfants âgés entre 6 et 16 ans y a-t-il dans votre ménage ?a. Nom Enfant 1 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_b. Nom Enfant 2 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_c. Nom Enfant 3 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_d. Nom Enfant 4 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e. Nom Enfant 5 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_f. Nom Enfant 6 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_g. Nom Enfant 7 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_h. Nom Enfant 8 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_i Nom Enfant 9 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_j. Nom Enfant 10 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

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

INDIQUER NOMBRE D’ENFANTS ENTRE 6 ET 16 ANS |  |
| **C2** | INDIQUER LE NOM DE L’ENFANT SELECTIONNE - LE RESTE DE LA SECTION DOIT SEULEMENT CONCERNER CET ENFANT | **|\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_|** |  |
| **C3** | Quel est le sexe de [NOM ENFANT] ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Masculin  | 1 |
| Féminin  | 2 |

 |  |
| **C4** | En quel mois et en quelle année est né(e) [NOM ENFANT] ?RELANCEZ : Quelle est sa date de naissance ?LE MOIS ET L’ANNEE DOIVENT ETRE NOTES.SI LA MERE/GARDIENNE NE CONNAIT PAS LA DATE DE NAISSANCE EXACTE, NOTEZ 98 POUR “Ne Sait Pas” (NSP) | \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_(JJ / MM / AAAA) |  |
| **C5** | Quel âge a [NOM ENFANT] ?RELANCEZ : Quel âge avait [NOM ENFANT] lors de son dernier anniversaire ?NOTEZ L’AGE EN ANNEES COMPLETEES. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **an(s)** |

INDIQUER LE NOMBRE D’ANNEES COMPLETEES |  |

Section 3 – Education

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **E1** | Pensez-vous qu’il est important que tous les enfants en âge d’aller à l’école - autrement dit tous les enfants de 6 à 16 ans - soient inscrits et maintenus à l’école ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **E1a** | Est-ce que **tous vos enfants de 6-16 ans** vont à l’école moderne (école primaire ou collège) ?  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **1 🡪 E2** |
| **E1b** | **[si NON à E1a]**Pour quelles raisons ceux de vos enfants qui ne sont pas inscrits à l’école moderne n’y sont pas envoyés ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Les frais coûtent cher  | 1 |
| L’école est trop éloignée  | 2 |
| Nous préférons l’école coranique | 3 |
| Autre raison | 4 |
| Ne sait pas | 9 |

 |  |
| **E1c** | **Y-a-t’il eu un abandon scolaire précoce pour vos filles ?**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Pas applicable |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **E1d** | **(Si OUI à E1c)** **Précisez les raisons pour laquelle les filles ont abandonné l’école** |

|  |  |
| --- | --- |
| Mariage  | 1 |
| Violence à l’école  | 2 |
| Attitude de l’enseignant | 3 |
| Attitude de la communauté | 4 |
| Autre | 5 |

 |  |
| **E2** | Selon vous, l’école élémentaire la plus proche où les parents de ce quartier/village peuvent inscrire leurs enfants est-elle éloignée ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **E3** | Trouvez-vous que les frais liés à la scolarisation des enfants dans les écoles élémentaires de cette zone sont élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **E4** | [NOM ENFANT] fréquente-il/elle actuellement l’**école moderne ou “française”** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 E6** |
| **E5** | [NOM ENFANT] fréquente-il/elle actuellement une **école élémentaire** ?RELANCEZ :Dans quelle classe est [NOM ENFANT] actuellement ?UNE SEULE REPONSE | **Oui**, est dans une école élémentaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺**Non**, est dans une école mais au-delà de l’élémentaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺**Non**, est dans une école mais au préscolaire ▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪▪🡺 | 123 |  |
| **E5a** | Participez-vous souvent à des rencontres de Parents d’élèves ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  | **2 🡪 E5c** |
| **E5b** | **[si OUI à E1a]**A quelle fréquence ces rencontres sont-elles organisées ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Tous les mois | 1 |
| Tous les 3 mois | 2 |
| Moins de4 rencontres par an | 3 |
| irrégulier | 8 |

 |  |  |
| **E5c** | A votre connaissance, l’APE organise-t-elle souvent des rencontres de parents d’élèves ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  | **2 🡪 E6** |
| **E5d** | Participez-vous aux réunions de l’APE ? |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |  |
| **E6** | Connaissez-vous une structure d’éducation non formelle comme une école coranique, un daara, où l’on peut mettre les enfants en dehors de l’école élémentaire ?RAPPEL : Une structure d’éducation non formelle peut être un daara, une école coranique, etc.UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2🡪Section 4** |
| **E6a** | Trouvez-vous que les frais liés à l’insertion des enfants dans une structure d’éducation non formelle **(Daara, école coranique)** sont élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Ne sait pas |
| 1 | 2 | 9 |

 |  |
| **E7** | [NOM ENFANT] fréquente-il/elle actuellement une **école coranique, un daara, ou une autre structure d’éducation non formelle** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **E7a** | Pensez-vous qu’il est important que tous les enfants de moins de 16 ans qui ne sont pas scolarisés doivent être réinsérés dans des structures d’éducation non formelle **(Daara, école coranique)**?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 4 – Protection

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **P1** | A votre connaissance, y a-t-il des parents qui confient un ou plusieurs de leurs enfants à **d’autres familles, parentes ou non**, pour leur éducation ou leur prise en charge ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P2** | Et vous-même, avez-vous un enfant (ou plus) qui ne vit pas avec vous, et qui est actuellement **confié à une autre famille** pour son éducation ou sa prise en charge ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P3** | A votre connaissance, y a-t-il des parents qui confient un ou plusieurs de leurs enfants à **un marabout itinérant** pour leur éducation ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P4** | Pensez-vous qu’un parent devrait accepter de confier son enfant à **un marabout itinérant** pour qu’il s’occupe de son éducation ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P5** | Pensez-vous qu’il dangereux pour un parent de confier son enfant à un maitre coranique itinérant ?***UNE SEULE REPONSE*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P6** | A votre connaissance, y a-t-il des parents qui confient un ou plusieurs de leurs enfants à **un daara (résidentiel)** pour leur éducation ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P7** | Pensez-vous qu’un parent devrait accepter de confier son enfant à **un daara (résidentiel)** pour qu’il s’occupe de son éducation ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P8** | Savez-vous ce qu’est l’**excision** ? En avez-vous déjà entendu parler ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 P10** |
| **P9** | Pensez-vous qu’un parent devrait accepter que l’on pratique l’**excision** sur sa fille ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P9a** | Avez-vous au moins une fille excisée ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P10** | A votre connaissance, y a-t-il des cas de **violences sexuelles sur les jeunes filles** dans cette zone ?ENQUETEUR : Préciser qu’il ne s’agit pas ici des violences conjugales ou assimiléesUNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P11** | Pensez-vous que toute personne au courant d’une **violence sexuelle faite à l’encontre d’une jeune fille** devrait la dénoncer / la signaler aux autorités compétentes ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P12** | Connaissez-vous une personne ou une structure auprès de laquelle vous pourriez vous adresser si vous deviez dénoncer un cas de **violence sexuelle faite à l’encontre d’une jeune fille** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P13** | Seriez-vous, personnellement, à l’aise pour dénoncer/signaler un cas de **violence sexuelle faite à l’encontre d’une jeune fille** – s’il arrivait un jour que vous en ayez connaissance ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **P14** | Selon vous, les frais liés à la prise en charge médicale **(certificat médical)** des **jeunes filles victimes de violences sexuelles** sont-ils trop élevés ou non ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |

Section 5 – Activités Communautaires de Sensibilisation sur la Protection des Enfants

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **QUESTIONS** | **CATÉGORIES DE CODAGE** | **SAUTS** |
| **R1** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà assisté à des activités de **sensibilisation sur la prévention / lutte contre la séparation des enfants** de leurs parents biologiques ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 R3** |
| **R2** | Et au cours de ces six derniers mois, avez-vous assisté à au moins une activité de sensibilisation sur la lutte contre la séparation des enfants de leurs parents biologiques ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **R3** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà assisté à des activités de **sensibilisation sur la prévention des violences sexuelles sur les filles** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 R5** |
| **R4** | Et au cours de ces six derniers mois, avez-vous assisté à au moins une activité de sensibilisation sur la prévention des violences sexuelles sur les filles ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **R5** | Depuis que vous vivez dans ce ménage, avez-vous déjà assisté à des activités de **sensibilisation sur la prévention des cas de maltraitance sur les enfants** ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 R7** |
| **R6** | Et au cours de ces six derniers mois, avez-vous assisté à au moins une activité de sensibilisation pour la prévention des cas de maltraitance sur les enfants ?UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **R7** | Connaitriez-vous personnellement un endroit ou une personne auprès de laquelle vous pourriez orienter une jeune fille victime de violence sexuelle pour qu’elle y soit prise en charge ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **R8** | Connaitriez-vous personnellement un endroit ou une personne auprès de laquelle vous pourriez orienter un enfant victime de maltraitance pour qu’il y soit pris en charge ? UNE SEULE REPONSE |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 |  |
| **R9** | Pouvez-vous citer une raison pour laquelle le confiage précoce d’un enfant à un maitre coranique peut être dangereux ?***UNE SEULE REPONSE*** |

|  |  |
| --- | --- |
| Oui | Non |
| 1 | 2 |

 | **2 🡪 Fin de l’interview** |
| **R9a** | **[si OUI à R9]**Pouvez-vous proposer parmi les réponses ci-dessous celles qui seraient une alternative au confiage précoce de l’enfant à un maitre coranique itinérant : |

|  |  |
| --- | --- |
| Daara de proximité dans le village | 1 |
| Enseignement coranique à base communautaire  | 2 |
| Ecole franco-arabe | 3 |
| Autre | 4 |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **ENREGISTRER HEURE DE FIN D’INTERVIEW** | \_\_\_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_\_\_\_ (HEURE:MINUTE) |