



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE

 **BASICS**



POPHI
Prevention of Postpartum
Hemorrhage Initiative

ENQUETE LQAS SANTE MATERNEL LE ET NOUVEAU-NE DANS LES ZONES DE SANTE APPUYEES PAR AXxes

QUESTIONNAIRE



U.S. Agency for International Development
Bureau for Global Health
Office of Health, Infectious
Diseases and Nutrition
Ronald Reagan Building
1300 Pennsylvania Ave., NW
Washington, D.C. 20523
Tel: (202) 712-0000
Email: globalhealth@phnip.com
www.usaid.gov/our_work/global_health



Deborah Armbruster, Project Director
-or-
Susheela M. Engelbrecht, Sr. Program Officer
POPPHI
PATH
1800 K St., NW, Suite 800
Washington, DC 20006
Tel: (202) 822.0033
www.pphprevention.org



Indira Narayanan,
Sr. Technical Advisor, Newborn Health
-or-
Gladys Mazia, Technical Officer,
Newborn Health
USAID/BASICS
4245 N. Fairfax Dr., Suite 850
Arlington, VA 22203
Tel: (703) 312-6800
Fax: (703) 312-6900
Email: basics@basics.org
www.basics.org

Support for this publication was provided by the USAID Bureau for Global Health.

USAID/BASICS (Basic Support for Institutionalizing Child Survival) is a global project to assist developing countries in reducing infant and child mortality through the implementation of proven health interventions. BASICS is funded by the U.S. Agency for International Development (contract no. GHA-I-00-04-00002-00) and implemented by the Partnership for Child Health Care, Inc., comprised of the Academy for Educational Development, John Snow, Inc., and Management Sciences for Health. Subcontractors include the Manoff Group, Inc., the Program for Appropriate Technology in Health, and Save the Children Federation, Inc.

The Prevention of Postpartum Hemorrhage Initiative (POPPHI) is a USAID-funded, five-year project focusing on the reduction of postpartum hemorrhage, the single most important cause of maternal deaths worldwide. The POPPHI project is led by PATH and includes four partners: RTI International, EngenderHealth, the International Federation of Gynaecology and Obstetrics (FIGO), and the International Confederation of Midwives (ICM).

This publication is one in a series that make up the USAID/BASICS Newborn Health tool kit. The tool kit comprises:

- Reference Manual
- Technical Presentations
- Facilitator's Guide
- Participant's Notebook
- Clinical Logbook
- Tools for Monitoring and Evaluation

REVISED – JULY 21, 2009

ENQUETE LQAS SANTE MATERNELLE ET NOUVEAU-NE DANS LES ZS APPUYEES PAR AXxes

QUESTIONNAIRE

ELABORE PAR L' EQUIPE DU SUIVI ET EVALUATION PLUS CELLE DE LA SANTE MERE ET NOUVEAU- NE

14/07/2009

Project AXxes

IMA / ECC / CRS / WVI



USAID
FROM THE AMERICAN PEOPLE



POPPHI
Prevention of Postpartum
Hemorrhage Initiative

Numéro du questionnaire : _____

Province:

Zone de Santé: Aire de Santé:

Village / Quartier : _____

Nom de l'enquêteur: _____ Date de l'interview _____

Signature _____

A .MENAGE PRINCIPAL

I QUESTIONS AUX MERES DES ENFANTS DE 0-59 MOIS

I .a) QUESTIONS EN RAPPORT AVEC LES ENFANTS SOUS CINQ

Questions	Enfant 1	Enfant 2	Enfant3	Enfant 4
Code enfant				
1 Nom				
2 Age				
3 Sexe	Noter M pour Masculin et F pour Féminin			
4. Supplémentassions en vitamine A en 2008	REPONDER OUI OU NON			
5 .Si oui, à quelle occasion l'enfant a-t-il reçu cette vitamine A ?				
1. Routine				
2. Campagne				
3. Autre				
6. L'enfant a-t-il été au moins une fois à la CPS ?				
1 Oui avec évidence				
2 Oui sans évidence				
3 Non				
7.Si oui, continue t-il à fréquenter la CPS				
1 Oui				
2 Non				

Questions	Enfant 1	Enfant 2	Enfant3	Enfant 4
8 .Si non, à quel âge a-t-il arrêté la CPS ? (Age en mois)				
9. Si NON ,Raisons d'arrêt (1 seule)				
1 Fin vaccination				
2 Paresse				
3 Indisponibilité mère				
4 Maladie				
5 Changement d' adresse				
10 . L'enfant est-il complètement vacciné ?				
1 Oui avec évidence				
2 Oui sans évidence				
3 Non				
11. L'enfant est-il tombé malade les 15 derniers jours ?				
12. Si oui, quelle(s) maladie(s) ?				
1 fièvre				
2 Diarrhée				
3 Toux				
4 Anémie				
5 Rougeole				
6. Autre				
13. Au cours de sa maladie, l'enfant boit ?				
1. Pas du tout				
2. Beaucoup moins				
3. Comme d' habitude				
4. Plus que d' habitude				
14. Au cours de sa maladie, l'enfant mange ?				
1. Pas du tout				
2. Beaucoup moins				
3. Comme d' habitude				
4. Plus que d' habitude				
15. Lieu de Prise en charge :				
1 Domicile				
2. Structure de sante				
3. Tradi praticien				
16. Si 2, demandez, avez-vous reçu un conseil de la part de l'infirmier sur l'alimentation de l'enfant				

Questions	Enfant 1	Enfant 2	Enfant3	Enfant 4
Si 2 demandez, avez-vous reçu un conseil de la part de l'infirmier sur l'alimentation de l'enfant :				

I b) QUESTIONS EN RAPPORT AVEC LE LAVAGE DES MAINS

17 Age de la mere	
18 A quelle occasion vous lavez-vous les mains ?	
1 Avant de manger	OUI NON
2 Avant de préparer de la nourriture ?	OUI NON
3 Avant de nourrir les enfants ?	OUI NON
4 Après défécation ?	OUI NON
5 Après soins d'un enfant qui a fait les selles ?	OUI NON
19 Qu'est-ce-que vous utilisez pour vous laver les mains ?	
1. Avec de l'eau seulement	
2. Avec de l'eau et du savon	

I c) QUESTIONS EN RAPPORT AVEC LES SIGNES DE DANGER

20 Quels sont les signes qui vous indiquent que un des vos enfants de moins de 5 ans est malade ?	Ne suggérer pas de réponses à l'enquêtée. Cocher pour tous les signes que la femme a cité
Il ne joue plus normalement	
Il ne mange ou ne boit pas normalement ?	
Il a une léthargie ou difficulté à se réveiller	
Il fait-t-il des fortes fièvres ?	
Il a-t-il des difficultés de respiration ?	
Il vomit-il tout ce qu'il consommé?	
Il fait des convulsions ?	
Il pleure beaucoup ?	

II) QUESTIONS APPLICABLES AUX FEMMES DE 15-45 ANS

II a) CONNAISSANCE PRATIQUE SUR LE VIH/ SIDA

21 Age de la femme						
22 Avez-vous déjà attendu parler du Sida ?	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
23 Quels sont les moyens de prévention contre le Sida que vous connaissez ?	Cocher la case correspondante					
1 Abstinence ?						
2 Fidélité ?						
3 Usage condom ?						
4 Limitation du nombre des partenaires sexuels ?						
5 Eviter les rapports sexuels avec les prostitué (e) ?						
6 Eviter l'homosexualité ?						
7 Eviter la transfusion des sangs non testé ?						
8 Eviter les injections avec des seringues souillées ?						
9 Eviter de partager les rasoirs et autres objets tranchants ?						
10 Autres						

24 Protégez vous contre les infections sexuellement transmissibles, y compris le VIH ?	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
25 Si Oui, que faites-vous pour vous protéger ?(ne suggérer pas de réponses a la femme) ?	Cocher la case correspondante					
1 Abstinence ?						
2 Fidélité ?						
3 Usage condom ?						
4 Limitation du nombre des partenaires sexuels ?						
5 Eviter les rapports sexuels avec les prostitué (e) ?						
6 Eviter l'homosexualité ?						
7 Eviter la transfusion des sangs non testé ?						
8 Eviter les injections avec des seringues souillées ?						
9 Eviter de partager les rasoirs et autres objets tranchants ?						
10 Autres						

II b) CONNAISSANCE ET PRATIQUE SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE

26 Connaissez-vous une méthode pour empêcher une femme de tomber enceinte ?	OUI OU NON		
27 Si Oui , Quelle méthode connaissez-vous ?	Laisser la femme citer les méthodes qu'elle connaît. Ne pas suggérer des réponses.		
1 Ligature des trompes ?			
2 Pilule ?			
3 Stérilet ?			
4 Implants ?			
5 Condom ?			
6 La MAMA ?			
7 Calendrier ?			
8 Retrait ?			
9 Injection ?			
10 Autre (à préciser)			
28 Utilisez-vous actuellement une méthode contraceptive ?	OUI OU NON		
Si Oui , Quelle méthode contraceptive utilisez-vous actuellement ?	Laisser la femme citer les méthodes qu'elle connaît. Ne pas suggérer des réponses.		
1. Ligature de trompe			
2. Pilule			
3. Stérilet			
4. Implant			
5. Condom			
6. La MAMA			
7. Calendrier			
8. Retrait			
9. Autre (à préciser)			
29 Sinon, pourquoi avez-vous décidé ?			
1.C royances			
2. Refus du Partenaire			
3 Non disponibilité de la méthode			
4. Ne connaît aucune méthode			
5. Effets secondaires			
6.Desire avoir une grossesse			
7. Est enceinte			
8 Ne pense pas en avoir besoin			

9. Autres			
-----------	--	--	--

B. MENAGE SECONDAIRE (SI LA TRANCHE D' AGE NE SE RETOUVE PAS DANS LE MENAGE PRINCIPAL, TROUVER UN MENAGE SECONDAIRE ELIGIBLE AUX ALLENTOURS)

I) MERE DES ENFANTS DE 0-6 MOIS : SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU- NE

I a) CONSULTATIONS *PRE NATALES*

30 Avez-vous participé à la CPN pendant votre dernière grossesse ?	OUI	NO N
Si Oui Combien de fois ?	Cocher la case correspondante	
1 : Une fois		
2 : deux fois,		
3 : Trois fois		
4 : Quatre fois		
31 Avez-vous reçu du vaccin anti - tétanique durant votre dernière grossesse?	OUI	NON
Si Oui Combien de fois ?	Cocher la case correspondante	
1 : 1 ^{ère} dose		
2 : 2 ^{ème} , dose		
32 Si Non pourquoi ?	Cocher la case correspondante	
1 :Non participation a la CPN		
2 : Rupture de stock de vaccin au CS/ Hopital		
3 : Suis complètement vaccinée ou suis dans le schema de 5 doses		
33 Avez-vous reçu durant la CPN du Fansidar ?	OUI	NON
34 Si Oui, Quelle dose?.....	Cocher la case correspondante	
1 : 1 ^{ère} dose		
2 : 2 ^{ème} , dose		
35 Avez-vous reçu durant la CPN un MII	OUI	NON
36 Avez –vous reçu d u Fer folate (Comprime pour augmenter pendant la grossesse)?	OUI	NON

Ib) PREPARATION DE L' ACCOUCHEMENT

37 Etes-vous préparée pour votre accouchement pendant la grossesse?	OUI	NON
38 Si Oui, qu' avez vous préparé pour l' accouchement?	Cocher la case correspondante	
1 Pagnes		
2 Savon		
3 Argent		
4 Transport		
5 Habits pour bebe		

6 Autres (a preciser)

I c) ACCOUCHEMENT :

39 Lieu d'accouchement :	OUI	NON
1 A Domicile,		
2 : Au Poste de Santé		
3 : Au Centre de Santé,		
4 : Dispensaire privé,		
5 : Hôpital		
40 Si accouchement se déroule au centre de santé ou à l'hôpital poser les questions suivantes:		
41 Avez-vous reçu une injection quelconque avant la délivrance du placenta ?	OUI	NON
42 Le prestataire, a-t-il tiré sur le cordon pour délivrer le placenta ?	OUI	NON
43 Le prestataire, a-t-il massé ton utérus après la délivrance ?	OUI	NON

**Id) SOINS ESSENTIELS DU NOUVEAU NE
PROTECTION THERMIQUE**

44 A quel moment a-t-on séché le nouveau-né?	Cocher la case correspondante
1 : Avant la délivrance du placenta	
2 :Après la section du cordon	
3 : Tout de suite après la sortie de l'enfant	
4 : Après la délivrance du placenta	
5 : NSP	
45 Est-ce que le bébé était il enveloppé après le séchage ?	Cocher la case correspondante
1 Oui tout le corps par un habit	
2 Oui tout le corps et la tête par un habit ou avec un Bonet	
3 Non	
4 Autre a specifier	
5 NSP	
46 Où a-t-on mis le nouveau-né après la naissance?	Cocher la case correspondante
1 : Peau a peau avec la mère	
2 : Sur la table d'accouchement	
3 : Sur une table chauffante	
4 : Par terre	
5: Autres (à préciser) _____	
47 A quel moment l'enfant a été placé a l'endroit indiqué a la question précédente ?	Cocher la case correspondante
1 : Tout de suite après la sortie de l'enfant	

2 : Après la section du cordon	
3 : Après la délivrance du placenta	
4 : Après la délivrance du placenta	
5 : NSP	

48 Quand est-ce que votre enfant a eu le premier bain ? :	
1 : Apres la naissance	
2 : Entre 6-24 heures	
3 : Apres 24 heures	
4 : NSP	

SOINS DU CORDON

49 Avec quoi avez-vous coupé le cordon après l'accouchement ?	Cocher la case correspondante	
1 lame de rasoir déjà utilisée		
2 lame de rasoir neuve		
3 lame de bistouri		
4 Paire de ciseaux		
5 Ne se souvient plus		
6 Autres a préciser		
50 Après l'accouchement, y avait-il un pansement sur le cordon ?	Cocher la case correspondante	
1 : Pansement		
2 : Cordon libre		
3 : NSP		
51 Avez-vous appliqué quelque chose sur le cordon pour faciliter sa chute ?	OUI	NON
52 Si Oui qu'avez-vous appliqué?	Cocher la case correspondante	
1. Alcool ou antiseptique au niveau de Maternité		
2 Préparation à base de l'herbe		
3 Cendre		
4 Préparation traditionnelle		
5. Autres		

ALLAITEMENT EXCLUSIF ET PRECOCE

53. Comment allaitiez-vous votre enfant a la naissance ?		
1 Lait maternel		
2. Lait artificiel		
3. Lait maternel + Lait artificiel		
4. Autre (Specifiez)		
54 Si 53 (Lait maternel) Est –ce que votre enfant a-t-il reçu un autre liquide dans les 3 jours suivant l'accouchement ?	OUI	NON
55 Si Oui quel était ce liquide ?		
1 De l'Eau	OUI	NON
2 Du Miel	OUI	NON
3 Une Décortication traditionnelle	OUI	NON
4 De l' eau sucrée		
Autres-----		
56 A quel moment avez-vous commencé à allaiter le bébé ? C'est-à-dire, combien de temps après l'accouchement	Cocher la case correspondante	
Immédiatement (Durant la première heure)	OUI	NON
En quelques heures : ____ Heures (si oui déterminer le nombre des heures)		
En quelques jours ____ Jours (si 24 heures ou plus, écrire le nombre de jours)		
57 Depuis le commencement de l'allaitement maternel avez-vous (ou quelqu'un d'autre) donné un autre aliment ou liquide quelconque (y compris l'eau) au nouveau-né?	OUI	NON
58 Si Oui a quel age l' avez vous introduite? -----J (Donner le nombre de jours)		

I d) POST PARTUM VISITE ENDEANS LES 3 JOURS

59 Est-ce que votre enfant a été examiné après l'accouchement dans la formation sanitaire ? 1 Oui 2 : Non	OUI	NON
60 Si oui, quand est-ce que le bébé a été examiné pour la première fois		
1: j1 2: j2 3: j3 4: j4 5: j5 6: j6 7: j7 8: NSP	ENCERCLER LA BONNE REPONSE	
Autres (à préciser) _____		
61 Est-ce que votre enfant a été examiné dans la formation sanitaire une deuxième fois après la naissance ? 1 : OUI 2 : NON	OUI	NON
62 Si oui, quand est-ce que le bébé a été examiné pour la deuxième fois ?		

1 : 1 ^{ère} semaine 2: 2 ^{ème} semaine 3 : 3 ^{ème} semaine 4 : 4 ^{ème} semaine 5 ^{ème} semaine : 6 ^{ème} semaine 7 : NSP	ENCERCLER LA BONNE REPONSE	
63 Est-ce que vous avez été examinée après l'accouchement dans la formation sanitaire ?	OUI	NON
64 Si oui, quand est ce que vous avez été examinée pour la première fois ?		
1:j1 2: j2 3: j3 4: j4 5: j5 6: j6 7: j7 8: NSP Autres (à préciser)	ENCERCLER LA BONNE REPONSE	
65 Est-ce que vous avez été examinée dans la formation sanitaire une deuxième fois après la naissance ?	OUI	NON
66 Si oui, quand est ce que vous avez été examinée pour la deuxième fois ?		
1 : 1 ^{ère} semaine 2: 2 ^{ème} semaine 3 : 3 ^{ème} semaine 4 : 4 ^{ème} semaine 5 : 6 ^{ème} semaine 7 : NSP	ENCERCLER LA BONNE REPONSE	

I e) CONNAISSANCE DES SIGNES DE DANGER DU NOUVEAU-NE(E)

• CONNAISSANCE DES SIGNES DE DANGER DU NOUVEAU-NE

67. Quels sont les signes de danger qui vous indiquent que votre bébé ne va pas bien ou il est malade et a besoin des soins.		NE SUGERER PAS DE REPONSE A LA MERE	
1	Refus de téter	OUI	NON
2	Léthargie	OUI	NON
3	Fièvre	OUI	NON
4	Hypothermie	OUI	NON
5	Difficultés a respiré	OUI	NON
6	Ballonnement abdominal	OUI	NON
7	Vomissements persistants	OUI	NON
8	Convulsions	OUI	NON
9	Base de l'ombilic rouge ou gonflé avec du pus	OUI	NON
10	Autres (à préciser) _____		
68. Votre bébé, a-t-il eu des un des problèmes cites ci-dessous?		CITER LES SIGNES UN PAR UN	
1	Refus de téter	OUI	NON
2	Léthargie	OUI	NON
3	Fièvre	OUI	NON
4	Hypothermie	OUI	NON
5	Difficultés a respiré	OUI	NON
6	Ballonnement abdominal	OUI	NON
7	Vomissements persistants	OUI	NON
8	Convulsions	OUI	NON
9	Base de l'ombilic rouge ou gonflé avec du pus	OUI	NON
10	Autres (à préciser)		
69. Si OUI, qu'avez-vous fait pour soigner votre enfant ?		Cocher la case correspondante	
1	Amener l'enfant chez les guérisseurs traditionnels		
2	Amener l'enfant chez un leader religieux		
3	Donner des infusions		

4	Amener l'enfant au CS, au CSR ou à l'hôpital	
5	Amener l'enfant dans une clinique privée	
6	Rester a la maison	
7	Autres (à préciser)-----	

• **CONNAISSANCE DES SIGNES DE DANGER DE L' ACCOUCHEE**

70. Quels sont les signes de danger après l'accouchement qui vous indiquent que vous n' évoluez pas bien et vous avez besoin des soins .		NE SUGERER PAS DE REPONSE A LA MERE	
1	Saignement vaginal de trop	OUI	NON
2	Convulsions	OUI	NON
3	Céphalées sévères associées à une vision floue	OUI	NON
4	Respiration précipitée ou difficile	OUI	NON
5	Douleur abdominale intense	OUI	NON
6	Fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit	OUI	NON
7	Seins gonflés, rouges ou sensibles, ou mamelon douloureux	OUI	NON
8	Miction goutte-à-goutte ou douloureuse	OUI	NON
9	Douleur périnéale ou écoulement purulent	OUI	NON
10	Lochies fétides	OUI	NON
11	Autres (à précise)		
71. Avez-vous eu des un des problèmes cites ci-dessous?		CITER LES SIGNES UN PAR UN	
1	Saignement vaginal de trop	OUI	NON
2	Convulsions	OUI	NON
3	Céphalées sévères associées à une vision floue	OUI	NON
4	Respiration précipitée ou difficile	OUI	NON
5	Douleur abdominale intense	OUI	NON
6	Fièvre et trop grande faiblesse pour quitter le lit	OUI	NON
7	Seins gonflés, rouges ou sensibles, ou mamelon douloureux	OUI	NON
8	Miction goutte-à-goutte ou douloureuse	OUI	NON
9	Douleur périnéale ou écoulement purulent	OUI	NON
10	Lochies fétides	OUI	NON
72. Si OUI, qu'avez-vous fait ?		Cocher la case correspondante	
1	je suis partie chez les guérisseurs traditionnels	OUI	NON
2	je suis partie chez un leader religieux	OUI	NON
3	J'ai reçu des infusions	OUI	NON
4	je suis partie au CS, au CSR ou à l'hôpital	OUI	NON
5	je suis partie dans une clinique privée	OUI	NON
6	Je suis restée a la maison		
7	Autres (à préciser)-----		

II) ALLAITEMENT EXCLUSIF DE L' ENFANT

QUESTIONS A POSER AUX MERES DES ENFANTS DE 6-12 MOIS (Les questions se rapportent au dernier enfant) (Questionnaire parallèle)

73. Juste après accouchement, as-tu eu à porter directement ton bébé dans tes bras (dans son sein) ?	OUI	NON
Quand est ce l'enfant a été mis au sein ?		
1. dans l'heure,		
2. Après l'heure le même jour,		
3. Le jour suivant et plus		
74. L'enfant était-il allaité les 6 premiers mois ?	OUI	NON
75 .Si oui, durant le 6 premiers mois, l'enfant a-t-il reçu :	Cocher la case correspondante	
1. l'eau, le thé, le jus.		
2. le lait en boîte, poudre ou laits frais ou une préparation liquide.		
3. aliments solide ou semi solide ;		
4. Autres (préciser)/...../		
76. A quel âge avez-vous introduit la première bouillie (en mois).....		
1 Durant le premier jour		
2 Durant la première semaine		
3 A l' age de.....jours		
4 A l' age desemaines		
5 A l'age demois		
77 Quelle était sa composition:	Cocher la case correspondante	
1. Mais,		
2. Manioc		
3. Mais & Soja,		
4. kwanga		
5. Biscuit		
6. Produit industriels		

III) ALLAITEMENT CONTINU ET NUTRITION

QUESTIONS A POSER AUX MERES DES ENFANTS DE 12-24 MOIS (Questionnaire parallèle)

78. L'enfant est-il allaité actuellement ?	OUI	NON
Si non, à quel âge avez-vous arrêté ?	Cocher la case correspondante	
1 Avant un an		
2. Entre 12-15 mois		
3. > 15-18 mois		
4. > 18 et 21 mois		
5. > 21-24 mois		
6. > Vingt quatre mois.		
79. Pour quelles raisons ?	Cocher la case correspondante	
1. il a atteint l'âge requis		
2. Grossesse		
3. Refus personnel		
4. Maladie de la mère		
5. Indisponibilité de la mère		
6. Décès de la mère,		
7. Pour raison d'esthétique de la mère.		
80. Depuis sa naissance a-t-il reçu quelque chose à boire ou à manger avec le biberon ?	OUI	NON