



Enquête nationale d'évaluation des besoins et des coûts nécessaires pour fournir des services de qualité de prévention et de prise en charge de la malnutrition des enfants de 0 à 5 ans au Niger

QUESTIONNAIRE MAIRE/ELU

I. IDENTIFICATION			
ID.1	REGION DE :	1. Agadez 2. Diffa 3. Dosso 4. Maradi 5. Tahoua 6. Tillabéri 7. Zinder 8. Niamey	_
ID.2	DEPARTEMENT DE :	_____	_ _ _
ID.3	COMMUNE DE :	_____	_ _ _ _
ID.4	VILLAGE/ QUARTIER : _____		
ID.6	TYPE DE REPONDANT	1. Maire 2. Conseiller 3. Député	_
ID.8	NUMERO DE L'EQUIPE :		_ _ _

Jour Mois Année

Date de l'interview :/___/___/___/___/___/___/___/___/___/___

Observations :



II. IMPLICATIONS DANS LES ACTIVITES NUTRITIONNELLES	
AN01. MENEZ-VOUS DES ACTIVITÉS POUR LA PRÉVENTION ET LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION DANS VOTRE VILLAGE ? 1. Oui 2. Non [Si Non Allez à AN03]	__
AN02. SI AN01=1 QUELLES SONT LES ACTIVITÉS AUXQUELLES VOUS PARTICIPEZ ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. IEC/CCC des mères/gardiennes/pères d'enfants malnutris..... __ B. IEC/CCC au niveau de la communauté..... __ C. Plaidoyer..... __ D. Gestion des vivres..... __ E. Transport des enfants malnutris et accompagnant entre les centres de prise en charge..... __ F. Transport des enfants malnutris pour le référencement..... __ G. Suivi des abandons/absences..... __ H. Autres (à préciser) : _____ __	1. OUI 2. NON
AN03. QUEL TYPE D'APPUI APPORTEZ-VOUS AUX STRUCTURES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION EXISTANTES DANS VOTRE COMMUNE ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Matériel..... __ B. Transport de matériel..... __ C. Personnel..... __ D. Locaux..... __ E. Financier..... __ F. Aucun..... __ G. Autre (à préciser) : _____ __	1. OUI 2. NON
AN04. PARTICIPEZ-VOUS À LA MISE EN PLACE DES CENTRES DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION (CRENAM, CRENAS, CRENI) ? 1. Oui 2. Non [Si Non, Aller à AN06]	__
AN05. SI AN04=1, PAR QUEL(S) MOYEN(S) ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Financement..... __ B. Matériel..... __ C. Main d'œuvre..... __ D. Organisation..... __ E. Autre (à préciser) : _____ __	1. OUI 2. NON
AN06. SI AN04=2, QU'EST-CE QUI EMPÊCHE VOTRE IMPLICATION ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS] A. Insuffisance de moyens..... __ B. Non information..... __ C. Autre (à préciser) : _____ __	1. OUI 2. NON



<p>AN07. QUELLES SONT LES DIFFICULTÉS/CONTRAINTE QUI LIMITENT VOS EFFORTS DANS LE DOMAINE DE LA NUTRITION ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Sécheresse récurrente/Facteurs extrêmes de changement climatique.....</p> <p>B. Insuffisance de la couverture des structures de prise en charge de la malnutrition au niveau communautaire.....</p> <p>C. Insuffisance de ressources humaines et matérielles.....</p> <p>D. Faible mobilisation des ressources financières (recettes de la commune).....</p> <p>E. Faible disponibilité des aliments.....</p> <p>F. Habitudes alimentaires.....</p> <p>G. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>AN08. PARTICIPEZ-VOUS AUX ACTIVITÉS DE COORDINATION SUR LES BESOINS ET LES ACTIVITÉS DE NUTRITION ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Aller à AN11]</p>	<p>_____</p>
<p>AN09. SI AN08=1, ORGANISEZ-VOUS RÉGULIÈREMENT DES RÉUNIONS DE COORDINATION ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non [Si Non, Aller à AN11]</p>	<p>_____</p>
<p>AN10. SI AN08=1, QUELLE EST LA FRÉQUENCE DE CES RÉUNIONS ?</p> <p>1. Hebdomadaire</p> <p>2. Mensuelle</p> <p>3. Trimestrielle</p> <p>4. Semestrielle</p> <p>5. Annuelle</p>	<p>_____</p>
<p>AN11. AVEZ-VOUS DES PLANS D'INTERVENTION À LONG TERME POUR LA NUTRITION-SANTÉ ?</p> <p>1. Oui</p> <p>2. Non</p>	<p>_____</p>

III. IDENTIFICATION DES BESOINS

<p>BE01. PENSEZ-VOUS QUE LES SERVICES SUIVANTS PROPOSÉS POUR LA PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION SONT SUFFISANTS POUR VOTRE COMMUNE ?</p> <p>A. Dépistage actif.....</p> <p>B. Promotion de l'alimentation de la femme enceinte et allaitante.....</p> <p>C. Promotion de l'Allaitement Maternel Exclusif.....</p> <p>D. Promotion de l'alimentation de complément.....</p> <p>E. Prévention des carences en micronutriments.....</p> <p>F. Promotion des bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement.....</p> <p>G. Suivi de la croissance/Consultation nourrisson.....</p> <p>H. Lutte contre les infections.....</p> <p>I. Prévention du paludisme.....</p> <p>J. Diagnostic et traitement de la diarrhée à domicile (SRO/Zinc)/PCADOM.....</p> <p>K. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée)/PCADOM.....</p> <p>L. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage, CPNR).....</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---



M. Planification familiale.....	__
N. Blanketfeeding pendant la période de soudure.....	__
O. Le plan de réponse aux crises alimentaires et nutritionnelles.....	__
P. Visites à domicile.....	__
Q. Autre (à préciser) : _____	__
BE02. SI AU MOINS UN "2" EN BE01, A QUOI EST DÛ CETTE INSUFFISANCE SELON VOUS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Insuffisance de personnel.....	__
B. Insuffisance de matériel.....	__
C. Insuffisance d'intérêt de la population.....	__
D. Insuffisance d'implication de l'état.....	__
E. Insuffisance de moyens financier.....	__
F. Difficulté de mise en place.....	__
G. Autre (à préciser) : _____	__
BE03. PENSEZ-VOUS QUE LES SERVICES PROPOSÉS POUR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION SONT SUFFISANTS POUR VOTRE COMMUNE ?	
1. Oui [Si Oui, Fin de section]	__
2. Non	
3. Ne sait pas [Si Ne sait pas, Fin de section]	
BE04. SI BE03=2, A QUOI EST DÛ CETTE INSUFFISANCE SELON VOUS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Structures d'accueil (centres).....	__
B. Structures d'hygiène et d'assainissement.....	__
C. Personnel insuffisant.....	__
D. Médicaments.....	__
E. Aliments thérapeutiques (ATPE, Laits, Supplémentation).....	__
F. Mauvais ravitaillement en intrants.....	__
G. Activités communautaires (sensibilisation, visite à domicile, etc.).....	__
H. Autre (à préciser) : _____	__