



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 MÈRE OU GARDIENNE D'ENFANTS DE 0-59 MOIS

I. IDENTIFICATION DE LA FEMME			
ID.1	REGIONDE	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.5	NOM ET NUMERO DU CSI DE RATTACHEMENT :	_____	_ _
ID.6	NUMERO DU MENAGE (de 01 à 10)	_____	_ _
ID.7	AGE DU PLUS JEUNE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS :	_____	_ _ [En mois]
ID.8	NUMERO DE L'EQUIPE :	_____	_ _

Jour

Mois

Année

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

Observations :



II. CONNAISSANCES EN NUTRITION	
CN01. JUSQU'À COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE UN ENFANT NE DOIT RECEVOIR QUE DU LAIT MATERNEL ET RIEN D'AUTRE?	__ __ [NOMBRE DE MOIS]
CN02. AVEZ-VOUS DONNÉ AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL À VOTRE ENFANT PENDANT L'ALLAITEMENT (PENDANT LES PREMIERS 6 MOIS) ? 1. Oui 2. Non [Si Non, Aller à la section suivante]	__
CN03. SI CN02=1, QUELS SONT LES ALIMENTS DONNÉS ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Lait autre que le lait maternel.....	__
B. Eau/Zamzam.....	__
C. Eau sucrée ou eau glucosée.....	__
D. Infusion calmante pour les coliques (décoction).....	__
E. Solution d'eau salée sucrée.....	__
F. Jus de fruits.....	__
G. Lait en poudre pour bébé.....	__
H. Infusions.....	__
I. Miel/Dattes.....	__
J. Autre (à préciser) : _____	__

III. ETAT NUTRITIONNEL	
EN01. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A-T-IL SOUFFERT DE MALNUTRITION? [LA MALNUTRITION SE CARACTÉRISE PAR DES SIGNES COMME LES CŒDÈMES, PERTE DE POIDS OU AMAIGRISSEMENT, PERTE D'APPÉTIT, PERTE D'ÉNERGIE, PEAU SÈCHE, CHEVEUX SECS, VENTRE BALLONNÉ, ETC.] [SI PLUSIEURS ENFANTS, CONSIDÉREZ LE CAS LE PLUS RÉCENT] 1. Oui 2. Non [Si Non, Allez à EN11]	__
EN02. SI EN01=1, AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT? 1. Oui 2. Non [Si Non, Allez à EN06]	__
EN03. SI EN02=1, AUPRÈS DE QUI ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Personnel de santé (hôpital, CSI, CS, clinique).....	__
B. Guérisseur traditionnel.....	__
C. Pharmacie par terre/vendeur ambulant.....	__
D. Amis/membres de la famille.....	__
E. Relais communautaires.....	__
F. Autre (à préciser) : _____	__
EN04. SI EN03A=1 OU EN03E=1, QUE VOUS-A-TON DIT ? 1. Amener l'enfant dans un centre pour enfants malnutris 2. Un traitement à domicile m'a été conseillé/donné 3. Rien n'a été fait 4. Autre (à préciser) : _____	__
EN05. SI EN04=1, AVEZ-VOUS EMMENÉ L'ENFANT DANS UN CENTRE DE RÉCUPÉRATION NUTRITIONNELLE/RÉFÉRÉ L'ENFANT ? 1. Oui [Si Oui, Aller à EN07] 2. Non	__



<p>EN06. QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?</p> <p>01. Indisponibilité du service 02. Éloignement du centre de santé 03. Mauvais accueil dans le service 04. Faible qualité du service 05. Manque de moyen de transport 06. Frais de soins 07. Obstacles socioculturels spécifiques au contexte (honte, stigmatisation, peur, croyances) 08. Ignorance 09. Refus du conjoint 10. Pas le temps/d'autres responsabilités 11. Le personnel de santé est trop jeune 12. Si personnel de santé masculin 13. Si personnel de santé féminin 14. Autre (à préciser) : _____</p>	<p> __ __ </p>
<p>EN07. SI EN05=1, AVEZ-VOUS REÇU UNE AIDE POUR LE RÉFÉRENCIEMENT DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>1. Oui 2. Non [Si Non, Allez à EN11]</p>	<p> __ </p>
<p>EN08. SI EN07=1, QUEL TYPE D'AIDE AVEZ-VOUS REÇU POUR LE RÉFÉRENCIEMENT DE VOTRE ENFANT ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Aide financière..... B. Aide au transport (moyen de transport, carburant)..... C. Ration alimentaire..... D. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ __ __ __ </p>
<p>EN09. DE QUI PROVENAIT CETTE AIDE ?</p> <p>1. Parent/voisin 2. ONG/Centre de santé 3. Autre (à préciser) : _____</p>	<p> __ </p>
<p>EN10. QUELS SOINS VOTRE ENFANT A REÇU LORSQUE VOUS L'AVEZ AMENÉ AU CENTRE ?</p> <p>[NE PAS LIRE LES MODALITÉS]</p> <p>A. Médicaments (Traitement systématique)..... B. Vaccins..... C. Laits (F75,F100)..... D. Aliments Thérapeutiques Prêt à l'Emploi (plumpynut)..... E. Supplémentation nutritionnelle (plumpydose, supplementaryplumpy, CSB+).... F. Autre (à préciser) : _____</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ __ __ __ __ __ </p>
<p>EN11. AVEZ-VOUS DÉJÀ VU, ENTENDU, SUIVI DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DE LA MALNUTRITION SUIVANTS:</p> <p>A. Alimentation de la femme enceinte et allaitante..... B. Allaitement maternel exclusif (0 à 6mois)..... C. Alimentation de complément à partir de 6mois..... D. Carences en micronutriments..... E. Bonnes pratiques d'hygiène et d'assainissement F. Suivi de la croissance/Consultation nourrisson..... G. Maladies.....</p>	<p>1. OUI 2. NON</p> <p> __ __ __ __ __ __ __ </p>



H. Prévention du paludisme (moustiquaires, assainissement).....	__
I. Utilisation du SRO/Zinc à domicile en cas de diarrhée/PCADOM.....	__
J. Reconnaissance des signes de danger des trois principales maladies (IRA, Paludisme, diarrhée)/PCADOM.....	__
K. Utilisation des services de santé préventifs et curatifs (vaccination, prise en charge de la malnutrition, supplémentation en vitamine A, déparasitage, CPNR).....	__
L. Planification familiale.....	__
EN12. SI AU MOINS UN "1" À EN11, DANS QUEL CADRE AVEZ-VOUS ENTENDU PARLÉ OU SUIVI CE(S) PROGRAMME(S) ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Par un agent de santé lors de la visite au centre pour mon enfant malnutri.....	__
B. Par un agent de santé lors de la visite au centre de santé.....	__
C. Au niveau de la communauté.....	__
D. Un agent de santé/relais communautaire est venu chez moi après ma visite au centre	__
E. Autre (à préciser) : _____	__
EN13. L'ENFANT A-T-IL BÉNÉFICIÉ D'UNE DOSE DE VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?	
1. Oui	
2. Non	__
3. Ne Sait Pas	
EN14. L'ENFANT A-T-IL BÉNÉFICIÉ DE DÉPARASITANT AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?	
1. Oui	
2. Non	__
3. Ne Sait Pas	
EN15. QUELLES AMÉLIORATIONS POUVEZ-VOUS SUGGÉRER POUR AMÉLIORER LA RÉUSSITE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION ET DE PRISE EN CHARGE DE LA MALNUTRITION ? [NE PAS LIRE LES MODALITÉS]	1. OUI 2. NON
A. Soutien alimentaire aux mères.....	__
B. Augmenter la sensibilisation communautaire.....	__
C. Ecoles des maris pour la nutrition.....	__
D. Autre (à préciser) : _____	__