REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

CELLULE DE PLANIFICATION ET DE LA STATISTIQUE

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

ENQUETE EN GRAPPE A INDICATEURS MULTIPLES ET DE DEPENSES DES MENAGES (MICS-ELIM 2009)

QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	**UF**
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou personnes en charge (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). *Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.*	
UF1. Numéro de grappe : I____I____I____I	UF2. Numéro de ménage : I____I____I____I
UF3. Nom de l'enfant : Nom_____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : I____I____I
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom_____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : I____I____I
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom_____ I____I____I	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : I____I____I / I____I____I / I____I____I____I
UF7A. Nom et code du contrôleur : Nom_____ I____I____I	UF8A. Jour / Mois / Année de contrôle : I____I____I / I____I____I / I____I____I____I

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE DU MINISTERE DE LA SANTE – MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION, LA NUTRITION ET LES DEPENSES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE DU TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ *Oui, permission accordée* ⇨ *Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.*
- ☐ *Non, permission non accordée* ⇨ *Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.*

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : *Les codes font référence à la mère/gardienne.*	Rempli ..... 1 Pas à la maison ..... 2 Refusé ..... 3 Partiellement rempli ..... 4 Incapacité ..... 5 Autre (*préciser*) _____ 6

UF10. Contrôlé sur le terrain par le Chef d'Equipe : Nom _____ I____I____I	UF11. Agent de saisie (Nom et code) : Nom_____ I____I____I
UF10A. Contrôlé sur le terrain par Superviseur :	Nom_____

UF12. *Enregistrez l'heure.*	Heure et minutes ...I____I____I: I____I____I	

AGE		**AG**
AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (*nom*). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (*nom*) EST-IL/ELLE NE/E ? *Insistez:* QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? *Si la mère/personne en charge connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour* *Le mois et l'année doivent être enregistrés.*	Date de naissance : Jour .....I___I___I NSP Jour .....98 Mois .....I___I___I Année .....I___I___I___I___I	
AG2. QUEL AGE A (*nom*) ? *Insistez :* QUEL AGE AVAIT (*nom*) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? *Enregistrez l'âge en années révolues.* *Si moins de 1 an, enregistrez '0'.* *Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérences.*	Âge (en années révolues) .....I___I	
Vérifiez AG1 et AG2 : Age de l'enfant : ☐ *Si mois et année pas connus ⇨ Continuez avec AG2A* ☐ *Si mois et année connus, donner l'âge en mois révolus correspondant sur le calendrier des évènements et inscrire dans les cases prévues à cet effet et continuer au Module suivant*		
AG2A. ESTIMER L'AGE A L'AIDE DU CALENDRIER D'EVENEMENT DE (NOM)	Âge (en mois révolus) .....I___I___I	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? *Si oui, demandez* PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Non ..... 3 NSP 8	1⇨ BR5 2⇨ BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (*nom*) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨ BR5
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨ BR5
BR4. POURQUOI LA NAISSANCE DE (*nom*) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE ? **NE PAS CITER LES REPONSES**	Coûte trop cher ..... 1 C'est trop loin ..... 2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée ..... 3 Ne voulait pas payer d'amende ..... 4 Ne sait pas où l'enregistrer ..... 5 Autre (précisez) _____ 6 NSP 8	
BR5. SELON VOUS QUELLE EST L'IMPORTANCE DE SE FAIRE ENREGISTRER DES LA NAISSANCE? **NE PAS CITER LES REPONSES** (PLUSIEURS REPONSES SONT POSSIBLES)	Présentation aux examens scolaires ..... A Etablissement de documents d'identité (carte, passeport, etc..) ..... B Mariage ..... C Vote ..... D Autre (précisez) _____ X NSP ..... Z	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		**EC**
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (*nom*) ?	Aucun .....00 Nombre de livres d'enfant .....I___I___I Dix livres ou plus 10	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (*nom*) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? *Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.*	O N NSP Jouets fabriqué à la maison .....1 2 8 Jouets de magasin/Fabriquant.....1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8	
EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (*nom*) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT (C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? *Si 'jamais, 'inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'*	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure.....I___I___I Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure....I___I___I	
EC4. *Vérifiez AG2: Age de l'enfant* ☐ *Enfant de 3 ou 4 ans ⇨ Continuez avec EC5* ☐ *Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Allez au Module suivant*		
EC5. (*Nom*) SUIT-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨EC7 8⇨EC7
EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (*nom*) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures.....I___I___I	

EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (*nom*) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : *Si oui, demandez:* QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (*nom*) ? *Encerclez tout ce qui est cité.*	Oui .....1 Non 2					2⇨EC8
		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	
[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (*nom*) ?	Lire des livres	A	B	X	Y	
[B] RACONTER DES HISTOIRES/CONTES/DEVINETTES A (*nom*) ?	Raconter des histoires	A	B	X	Y	
[C] CHANTER DES CHANSONS A (*nom*) OU AVEC (*nom*), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?	Chanter des chansons	A	B	X	Y	
[D] EMMENER (*nom*) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?	Promener	A	B	X	Y	
[E] JOUER AVEC (*nom*) ?	Jouer	A	B	X	Y	
[F] PASSER DU TEMPS AVEC (*nom*) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Passer du temps	A	B	X	Y	
EC8.JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. EST-CE QUE (*nom*) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					
EC9. EST-CE QUE (*nom*) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					
EC10. EST-CE QUE (*nom*) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					
EC11. EST-CE QUE (*nom*) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					
EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (*nom*) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					
EC13. EST-CE QUE (*nom*) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8					

EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (*nom*), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
EC15. EST-CE QUE (*nom*) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
EC16. EST-CE QUE (*nom*) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
EC17. EST-CE QUE (*nom*) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	

ALLAITEMENT	BF	
BF1. EST-CE QUE (*nom*) A ETE ALLAITE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨BF3 8⇨BF3
BF2. EST-CE QUE (*nom*) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF3. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (*nom*) A RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (*nom*) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (*nom*) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF4. EST-CE QUE (*nom*) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨BF6 8⇨BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois..... I___I___I	
BF6. EST-CE QUE (*nom*) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨BF8 8⇨BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois..... I___I___I	
BF8. EST-CE QUE (*nom*) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF9. EST-CE QUE (*nom*) A BU DE LA SOUPE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF10. EST-CE QUE (*nom*) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF11. EST-CE QUE (*nom*) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF12. EST-CE QUE (*nom*) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF13. EST-CE QUE (*nom*) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨BF15 8⇨BF15
BF14. COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... I___I___I	
BF15. EST-CE QUE (*nom*) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
BF16. EST-CE QUE (*nom*) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇨BF18 8⇨BF18

BF16A. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELLE NOURRITURE (*nom*) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. EST-CE QUE (*nom*) A BU OU A MANGE :		
A. DE PAIN, RIZ, PATE, AUTRE ALIMENTS A BASE A CEREALE, COMME LA BOUILLE EPAISSE (BOUILLIE A BASE A FARINE, DU MIL, MAIS, SORGO, OU AUTRES CEREALES, COUSCOUS, MISOLA, PPN, RIZ SAUCE, RIZ GRAS) ……	**O N NSP** **A** 1 2 8	
B.CAROTTES, IGNAME OU COURGES DE CHAIR ROUGE, CITROUILLE DE CHAIR ROUGE OUPATATE DOUCE DE CHAIR ROUGE (ORANGE OU JAUNE)……	**B** 1 2 8	
C. ALIMENTS A BASE DE POMME DE TERRE, IGNAME BLANCHE, MANIOC, CASSAVA, PATATE DOUCE BLANCHE, OU AUTRES TUBERCULES OU RACINES LOCALS ? ……..……..	**C** 1 2 8	
D.LEGUMES OU FEUILLES VERTES ……..	**D** 1 2 8	
E. MANGUES OU PAPAYES MURES ……	**E** 1 2 8	
F.AUTRE FRUIT OU LEGUME ……	**F** 1 2 8	
G.FOIE, ROGNONS, CŒUR OU AUTRES ABATS ……	**G** 1 2 8	
H. VIANDE COMME BŒUF, PORC, MOUTON, CHEVRE, POULET, CANARD OU AUTRES VOLAILLES ? ……	**H** 1 2 8	
I.DES ŒUFS ……	**I** 1 2 8	
J. POISSON FRAIS OU SECHE ……	**J** 1 2 8	
K.ARACHIDES, NIEBES, HARICOTS, LENTILLES, SOJA, NOIX OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE LEGUMINEUSES ……	**K** 1 2 8	
L. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE, DE LA GRAISSE, DE BEURRE ……	**L** 1 2 8	
M. ALIMENTS SUCRES COMME CHOCOLAT, BONBONS, PATISSERIES, GATEAU OU BISCUITS ……	**M** 1 2 8	
N. ASSAISONNEMENTS, LES EPICES, PIMENT, POISSON EN POUDRE OU LES HERBES ……	**N** 1 2 8	
O. LARVE, ESCARGOTS, OU INSECTES ……	**O** 1 2 8	
P. ALIMENTS PREPARES AVEC L'HUILE DE PALME ROUGE OU SAUCE DE L'HUILE DE PALME ROUGE ? ……	**P** 1 2 8	
BF17. COMBIEN DE FOIS (*nom*) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... I___I___I	
BF18. EST-CE QUE (*nom*) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (*nom*) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA7 8⇨CA7
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNE A (*nom*) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (*nom*) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? *Si moins, insistez*: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 Rien à boire ..... 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (*nom*) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE RECU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? *Si moins, insistez*: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 A stoppé nourriture ..... 5 N'a jamais donné à manger ..... 6 NSP 8	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (*nom*) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: *Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.* [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO OU ''**KENEYADJI**''? : [B] UNE SOLUTION FABRIQUEE A DOMICILE A BASE DE SEL, SUCRE ET EAU ? [C] UN AUTRE LIQUIDE RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ***(à préciser)*** _____ (Nom d u liquide)	O N NSP Liquide sachet ''**Keneyadji**'' ..... 1 2 8 Une solution fabriquée à domicile ..... 1 2 8 Autre liquide recommandé par le gouvernement 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA7 8⇨CA7

CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE? *Insistez :* RIEN D'AUTRE ? *Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.* _____ *(Nom du médicament 1)* _____ *(Nom du médicament 2)* _____ *(Nom du médicament 3)* _____ *Nom du médicament 4)*	Comprimé ou Sirop Antibiotique ..... A Antimotilité ..... B Zinc ..... C Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) ..... G Comprimé ou sirop inconnu ..... H Injection Antibiotique ..... L Non-antibiotique ..... M Injection inconnue ..... N Intraveineuse ..... O Remède maison/ herbes médicinales ..... Q Autre (*précisez*) _____ X	
CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (*nom*) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA8. QUAND (*nom*) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches ..... 1 Nez bouché ou qui coulait ..... 2 Les deux ..... 3 Autre (*précisez*) _____ 6 NSP 8	 2⇨CA14 6⇨CA14
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA12 8⇨CA12
CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? *Insistez :* NULLE PART AILLEURS ? *Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.* *Insistez pour identifiez chaque type d'endroit.* *Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.* _____ *(Nom de l'endroit)*	Secteur public Hôpital ..... A Csref ..... B Cscom ..... C Disp/Maternite ..... D Autre public (*précisez*) _____ E Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médical ..... F Cabinet de Soin ..... G Salle de Soin ..... H Pharmacie ..... I Autre privé médical (*précisez*) _____ J Autres sources Parent (e)/ Ami (e ..... K Boutique ..... L Guérisseur/Praticien traditionnel ..... M Vendeur Ambulant ..... N Autres (*précisez*) _____ X	

CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (*nom*) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (*nom*) ? *Insistez :* AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? *Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.* _____ *(Nom des médicaments)*	Antibiotique Comprimé / Sirop ..... A Injection ..... B Antipaludéens ..... M Paracétamol/Panadol/Acétaminophène ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R Autre (*précisez*) _____ X NSP ..... Z	
CA14. *Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?* ☐ *Oui. ⇨ Continuez avec CA15* ☐ *Non. ⇨ Allez au module suivant*		
CA15. LA DERNIERE FOIS QUE *(nom)* EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines ..... 01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines ..... 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole ..... 03 Jeté aux ordures (déchets solides) ..... 04 Enterré ..... 05 Laissé à l'air libre ..... 06 Autre (*précisez*) _____ 96 NSP 98	

PALUDISME		ML
ML1. A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (*nom*) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨Module suivant 8⇨Module Suivant
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (*nom*) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨ML7 8⇨ML7
ML3A. AUPRES DE QUI ?	Secteur public Hôpital ..... A Csref ..... B Cscom ..... C Disp/Maternite ..... D Autre public (*précisez*) _____ E Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médical ..... F Cabinet de Soin ..... G Salle de Soin ..... H Pharmacie ..... I Autre privé médical (*précisez*)_____ J Autres sources Parent (e)/ Ami (e ..... K Boutique ..... L Guérisseur/Praticien traditionnel ..... M Vendeur Ambulant ..... N Autre (*précisez*)_____ X	
ML4. EST-CE QUE (*nom*) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨ML8 8⇨ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (*nom*) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨ML7 8⇨ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (*nom*) ? *Insistez :* AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? *Encerclez tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.* _____ *(Nom des médicaments)*	Antipaludéens: SP/Fansidar/Maloxine ..... A Chloroquine ..... B Amodiaquine ..... C Quinine ..... D Combinaison avec Artémisinine ..... E DBC Antipaludéen spécifique au pays ... F Autre antipaludéen (*précisez*) _____ H Antibiotiques Comprimés / Sirop ..... I Injection ..... J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen.. P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R Autre (*précisez*)_____ X NSP ..... Z	

ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (*nom*) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨ML9 2⇨ML10 8⇨ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (*nom*) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML10 8⇨ML10
ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (*nom*) ? *Insistez :* AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? *Encerclez les codes pour tous les médicaments cités. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez les noms de tous les médicaments qui ne sont pas dans la liste.* _____ *(Nom des médicaments)* .	Antipaludéens: SP/Fansidar/Maloxine ..... A Chloroquine ..... B Amodiaquine ..... C Quinine ..... D Combinaison avec Artémisinine ..... E DBC Antipaludéen spécifique au pays .... F Autre antipaludéen (*précisez*) _____ H Antibiotiques Comprimés / Sirop (Amoxicilline,Cotrimoxazole) ..... I Injection (Ceftriazone) ..... J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acetaminophen .. P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R Autre (*précisez*) _____ X NSP ..... Z	
ML10. *Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?* ☐ *Oui.* ⇨ *Continuez avec ML11* ☐ *Non.* ⇨*Allez au module suivant*		
ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (*nom*) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (*nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9*)? *Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9,* *Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.*	Même jour ..... 0 Jour suivant ..... 1 2 jours après début de la fièvre ..... 2 3 jours après début de la fièvre ..... 3 4 jours ou plus après début de la fièvre ..... 4 NSP 8	

VACCINATIONS — IM

Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (*nom*) SONT ENREGISTREES? (SI *Oui*) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ?	Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Pas de carnet 3	1⇨IM3 2⇨IM6
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (*nom*) ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨IM6 2⇨IM6

IM3.
(a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet.
(b) Inscrivez '44'dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.

		Date des vaccinations								
		Jour		Mois		Année				
BCG	BCG									
POLIO A LA NAISSANCE	VPO0									
POLIO 1	VPO 1									
POLIO 2	VPO 2									
POLIO 3	VPO 3									
DTCOQ 1	DTCOQ1									
DTCOQ 2	DTCOQ2									
DTCOQ 3	DTCOQ 3									
PENTAVALENT1	PENTA 1									
PENTAVALENT2	PENTA 2									
PENTAVALENT3	PENTA 3									
ROUGEOLE (OU ROR)	ROUG.									
FIEVRE JAUNE	FJ									

IM4. *Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées?*

☐ *Oui⇨ Continuez avec IM18* ☐ *Non ⇨ Continuez avec IM5*

IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (*nom*) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨IM18 8⇨IM18
IM6. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨IM18 8⇨IM18
IM7. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'EPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨IM11 8⇨IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines .....1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....I____I	
IM11. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCOQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? *Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio*	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨IM13 8⇨IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....I____I	
IM13. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION AU BRAS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, LA PNEUMONIE A HAEMOPHILUS (PNEUMONIE). *Insistez en précisant que le vaccin pentavalent est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq*	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	 2⇨IM16 8⇨IM16
IM14. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE PENTAVALENT A ETE DONNEE A LA 6EME SEMAINE DE NAISSANCE OU PLUS TARD ?	A la 6ème semaine de naissance .....1 Plus tard 2	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....I____I	
IM16. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE **9** MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
IM17. EST-CE QUE (*nom*) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE **9** MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? *Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.*	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	

IM18. EST-CE QUE (*nom*) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? *Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs*	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	
IM19. *Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur le carnet de vaccination* *Ecrivez '44' pour jour si le carnet montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.*	Jour.....I____I____I Mois .....I____I____I Année ..... I____I____I____I____I Pas de mention de Vitamine A portée sur le carnet .....9994 Pas de carnet /carnet pas vu 9995	
IM20. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (*nom*) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES: [A] ***Polio 29 Mai au 1er Juin 2009*** [B] ***Vitamine A 2009***	O N NSP *Campagne A*.....1 2 8 *Campagne B*.....1 2 8	

UF13. *Enregistrez l'heure.*	Heure et minutes..I____I____I : I____I____I	

UF14. *Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou la personne en charge d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?*

☐ *Oui.* ⇨ *Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne*

☐ *Non.* ⇨ *Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant*

Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.

Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.

ANTHROPOMÉTRIE		**AN**
Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.		
AN1. NOM ET CODE DU TECHNICIEN :	Nom_____ I___I___I	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures .....1 Enfant non présent.....2 Enfant ou gardienne a refusé.....3 Autre (*précisez*) _____ 6	 2⇨AN6 3⇨AN6 6⇨AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) .....I___I___I . I___I Poids non mesuré 99.9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée *Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 :* ☐ *Enfant de moins de 2 ans. ⇨ Mesurez la taille (position allongée).* ☐ *Enfant de 2 ans ou plus. ⇨ Mesurez la taille (position debout).*	Taille (cm) Position allongée ...1 I___I___I___I . I___I Taille (cm) Position debout.....2 I___I___I___I . I___I Taille allongée/debout non mesurée....999.9	
AN5. Œdème *Observez et enregistrez*	Vérifié : Œdème présent.....1 Œdème non présent.....2 Pas sûr .....3 Non vérifié (*précisez la raison*)_____ 7	

AN6. *Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?*

☐ *Oui. ⇨ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.*

☐ *Non. ⇨ MODULE SUIVANT.*

Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.

TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT		**AC**
AC1. VÉRIFIER COLONNE **HL9** DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT, AINSI QUE LE NOM DE L'ENFANT À **AC2**. LE RÉSULTAT FINAL DU TEST D'ANÉMIE SERA ENREGISTRÉ À **AC6**.		
AC2. NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE **HL9** DE LA MÈRE OU PERSONNE QUI PREND SOIN DE L'ENFANT: NOM DE L'ENFANT À LA COLONNE **HL2** :	NUMÉRO DE LIGNE : I____I____I NOM DE L'ENFANT :_____	
AC3. **DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR L'ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS**		
LIRE LE CONSENTEMENT A LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE DONT LE NUMÉRO DE LIGNE EST IDENTIFIÉ À **AC2** POUR L'ENFANT. ENCERCLER LE CODE '1' À **AC3** SI LA MÈRE/ PERSONNE RESPONSABLE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ET CODE '2' SI ELLE REFUSE ET SIGNER.		
DANS LE CADRE DE CETTE ENQUETE, NOUS FAISONS UNE ETUDE SUR L'ANEMIE PARMI LES FEMMES ET LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS. COMME VOUS LE SAVEZ PEUT ETRE L''ANEMIE EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX QUI RESULTE D'UNE ALIMENTATION PAUVRE, D'INFECTIONS OU DE MALADIE CHRONIQUE. LES RESULTATS DE CETTE ENQUETE PERMETTRONT D'AIDER LE GOUVERNEMENT A METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES POUR PREVENIR ET TRAITER L'ANEMIE. POUR CE TEST, NOUS INVITONS LES PERSONNES INTERROGEES A DONNER QUELQUES GOUTTES DE SANG PRELEVEES AU BOUT D'UN DOIGT. POUR CE TEST, ON UTILISE AUSSI UN EQUIPEMENT PROPRE ET ABSOLUMENT SANS RISQUE. IL N'A JAMAIS ETE UTILISE AUPARAVANT ET SERA JETE APRES CHAQUE TEST. LE SANG SERA TESTE POUR L'ANEMIE IMMEDIATEMENT ET LES RESULTATS VOUS SERONT COMMUNIQUES TOUT DE SUITE. LES RESULTATS SONT CONFIDENTIELS. SI VOUS ETES ANEMIEE, VOUS RECEVREZ UN TRAITEMENT APPROPRIE. AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ? VOUS POUVEZ DIRE OUI POUR LE TEST, OU NON. C'EST VOTRE DECISION. AUTORISEZ-VOUS (NOM DE L'ENFANT) A PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE ?		
LIRE LE CONSENTEMENT POUR L'**ANEMIE**. ENCERCLER UN CODE ET SIGNER.	ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 ..... (SIGNER)	
AC4. PRÉPARER LE MATÉRIEL ET EFFECTUER LE TEST POUR L'ENFANT SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À **AC5**.		
AC5. ENREGISTRER LE CODE RESULTAT DU TEST DE L'**ANEMIE**.	TESTÉ.....1 PAS PRÉSENT .....2 REFUSÉ.....3 AUTRE 6	 2 ⇨ FIN QUESTIONNAIRE 3 ⇨ FIN QUESTIONNAIRE 6 ⇨ FIN QUESTIONNAIRE
AC6. ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.	G/DL .....I____I____I , I____I	

OBSERVATIONS :

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du superviseur