

QUESTIONNAIRE POUR ENFANTS DE 6 A 59 MOIS

SECTION 0 - IDENTIFICATION DES ENFANTS

A REMPLIR PAR L'EQUIPE MENAGE : Enfants de 5 à 59 mois

0.1 CODES Région Département Commune / / /	Code village / / / / /	Numéro de ménage / / / / / / / /
02 Nom du village	0.3 Adresse du ménage	
0.4 Nom du chef de ménage :		
0.5 Nom de l'enfant :	0.6. Numéro de ligne de l'enfant dans le questionnaire ménage : / /	
0.7. Sexe de l'enfant	Masculin = 1 Féminin = 2 /	
0.8. Nom de la mère/gardienne:	0.9. Numéro de ligne de la mère/la gardienne dans le questionnaire ménage : / /	

A REMPLIR PAR L'EQUIPE ENFANT : Pour tous les enfants enregistrés par l'équipe ménage

0.10. Nom et numéro de code de l'enquêteur (trice): / /	0.11. Jour/Mois de l'interview : Jour : / / Mois : / /
0.12. Nom et numéro de code du testeur (se): / /	0.13. Jour/Mois du test: Jour : / / Mois : / /
0.14. Nom et numéro de code du mesureur: / /	0.15 Jour/Mois de la mesure Jour : / / Mois : / /
0.16 Contrôle Chef d'équipe: / /	0.17. Jour/Mois du contrôle: / / / /
0.18. (Chef d'équipe) : Etat du Questionnaire COMPLET = 1 INCOMPLET = 2 INELIGIBLE (AGE)= 3 /	
0.19 Contrôle du superviseur: / /	0.20. Jour/Mois du contrôle: / / / /
0.21. Code Agent 1ere Saisie: / /	0.22. Code Agent 2eme Saisie: / /

NOUS VENONS DE LA PART DE L'INS. NOUS REALISONS UNE ENQUETE SUR LE DEVELOPPEMENT DES ENFANTS. JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE [NOM], PUIS NOUS MESURERONS VOTRE ENFANT ET REALISERONS UN PETIT JEU AVEC LUI. LA VISITE PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE REPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER?

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencer l'interview. Si l'enquêtée n'est pas d'accord pour continuer, discuter ce résultat avec votre contrôleur pour organiser une prochaine visite.

0.23. Inscrire l'heure	HH MM / / : / /	
------------------------	-----------------	--

S'ASSURER QUE LE QUESTIONNAIRE EST REMPLI AVEC LA MERE OU LA GARDIENNE DE L'ENFANT (VOIR QUESTION 0.8)

SECTION 1. AGE DE L'ENFANT		
1.1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. JE VAIS COMMENCER PAR (NOM). ----- (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE/ CARNET DE SANTE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1 Oui, pas vu..... 2 Non..... 3 NSP.....8	/ _ / 2⇒1.3 3⇒1.3 8⇒1.3
1.2 Inscrire la date de naissance sur la base du certificat / acte de naissance Jour / _ / _ Mois / _ / _ Année / _ / _ / _ / _ ⇒1.4		
1.3 ESTIMER L'AGE A L'AIDE DU CALENDRIER DES EVENEMENTS DE (NOM)	Âge en mois révolus	/ _ / _
1.4. TRANSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES (CETTE CASE DOIT ETRE REMPLIE POUR TOUS LES ENFANTS)	Âge en années révolues	/ _
1.5. TRANSCRIRE L'AGE EN MOIS REVOLUS (CETTE CASE DOIT ETRE REMPLI POUR TOUS LES ENFANTS, CET AGE FAIT REFERENCE POUR LES MESURES ANTHROPOMETRIQUES ET LE TEST)	Âge en mois révolus	/ _ / _
1.6. VERIFICATION DE L'ELIGIBILITE DE L'ENFANT POUR L'ENQUETE <input type="checkbox"/> L'ENFANT A-T-IL ENTRE 6 ET 59 MOIS. ⇒ REALISER L'ENQUETE <input type="checkbox"/> L'ENFANT A 5 MOIS OU MOINS ⇒ PROCHAIN ENFANT, REPORTER LE CAS AU CHEF D'EQUIPE POUR VERIFICATION <input type="checkbox"/> L'ENFANT A 60 MOIS OU PLUS ⇒ PROCHAIN ENFANT, REPORTER LE CAS AU CHEF D'EQUIPE POUR VERIFICATION		

SECTION 2 – NUTRITION ET SANTE		
2.0 L'ENFANT A-T-IL ENTRE 6 ET 23 MOIS ? (SE REFERER A 1.5) <input type="checkbox"/> OUI. ⇒ PASSER A 2.1 <input type="checkbox"/> NON. ⇒ PASSER A 2.8		
2.1. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom) ?	Oui..... 1 Non..... 2	/ _ / 2⇒2.8
2.2 COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS DONNE LE SEIN A VOTRE ENFANT ?	Moins d'une heure..... 1 1-24 heures 2 > 24 HEURES 3 NSP.....8	/ _
2.3 AVIEZ VOUS NOURRI (NOM) AVEC LE COLOSTRUM ? LE COLOSTRUM EST LE PREMIER LAIT JAUNATRE	Oui..... 1 Non..... 2 NSP.....3	/ _
2.4. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (nom) ?	Oui..... 1 Non..... 2	/ _ / 1⇒2.6
2.5 A QUEL AGE AVEZ-VOUS ARRETE D'ALLAITER (NOM)	Âge en mois révolus	/ _ / _ ⇒2.8
2.6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, (NOM) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE?	Oui..... 1 Non..... 2	/ _
2.7 JUSQU'A QUEL AGE AVEZ-VOUS ALLAITE (NOM) SANS LUI DONNER AUCUN AUTRE ALIMENT ?	Âge en mois révolus	/ _ / _
2.8. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :		

<p><i>Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i></p> <p>[A]. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?</p> <p>[B]. EAU ?</p> <p>[C]. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?</p> <p>[D]. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?</p> <p>[E]. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?</p> <p>[F]. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS</p> <p>[G]. AUTRES LIQUIDES?</p> <p>[H]. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?</p> <p>[I]. SUPPLEMENT ALIM NUTRITIF (PLOMPY)</p>		<p>O N NSP</p> <p>A. Suppléments de vitamines 1 2 8</p> <p>B. Eau 1 2 8</p> <p>C. Eau sucrée ou jus..... 1 2 8</p> <p>D. SRO..... 1 2 8</p> <p>E. Préparation 1 2 8</p> <p>F. Lait 1 2 8</p> <p>G. Autres liquides..... 1 2 8</p> <p>H. Aliment solide ou semi-solide... ..1 2 8</p> <p>I. Supplément Alim nutritif (Plompi)... 1 2 8</p>	
<p>2.8J. Vérifier 2.8H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec 2.9</p> <p><input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ 2.11</p>			
<p>2.9. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois.....</p>	<p>/___/</p>	
<p>2.10 AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, PENDANT COMBIEN DE JOURS VOTRE ENFANT (<i>NOM</i>) A-T-IL CONSOMME LES PRODUITS SUIVANTS ?</p> <p>[A] CEREALES ET PRODUITS CEREALIERES COMME MIL/FARINE DE MIL, SORGHO, FONIO, MAÏS, GALETTES, RIZ, PAIN, PATES ALIMENTAIRES, FARINE DE BLE,...</p> <p>[B] TUBERCULES ET PLANTAINS COMME POMMES DE TERRE, IGNAME, PLANTAIN, MANIOC, TARO, ...</p> <p>[C] LEGUMINEUSES ET FEUILLES VERTES COMME NIEBE, HARICOT, ARACHIDES ET PATE D'ARACHIDE,...</p> <p>[D] LEGUMES COMME LAITUE, TOMATE, GOMBO, AUBERGINE, POIVRON, HARICOT VERT, CONCOMBRE, PETITS POIS, ...</p> <p>[E] POISSON ET VIANDE COMME VIANDE DE BOEUF, VIANDE DE MOUTON, POULET, POISSON FRAIS ET SEC, ...</p> <p>[F] FRUITS COMME MANGUE, ORANGE, CITRON, PASTèque, MELON, ANANAS, DATTES, ...</p> <p>[G] LAIT ET PRODUITS LAITIERS COMME LAIT FRAIS, LAIT EN POUDRE, YAOURT, FROMAGE,...</p> <p>[H] HUILE ET GRAISSE COMME BEURRE, HUILE DE PALME, HUILE D'ARACHIDE, ...</p> <p>[I] SUCRE COMME SUCRE EN POUDRE ET EN</p>	<p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p> <p>Nombre de jours _____</p>		

MORCEAU, BONBONS, MIEL,...	Nombre de jours _____	
[J] EPICES ET CONDIMENTS COMME SOUMBALA, PIMENT, SEL, CUBE MAGGI, AIL, GINGEMBRE,...		
2.11. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT)?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	/___/ 2⇒2.13
2.12. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois..... NSP..... 8	/___/

2.13	EST CE QUE [NOM] A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES?	OUI = 1 NON = 2		/___/ 2⇒2.16
2.14	DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, [NOM] A-T-IL REÇU A BOIRE L'UNE DES CHOSES SUIVANTES?	1 = OUI 2=NON 8=NSP	SRO	/___/
			EAU SALEE SUCREE	/___/
			ANTIBIOTIQUE	/___/
			MEDICAMENT TRADITIONNEL	/___/
2.15	DURANT LA DIARRHEE DE [NOM], LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, LA MEME QUANTITE, OU PLUS QUE D'HABITUDE?	1 = MOINS QUE D'HABITUDE 2 = LA MEME QUANTITE 3 = PLUS QUE D'HABITUDE 8= NSP		/___/
2.16	[NOM] A T IL REÇU UN TRAITEMENT CONTRE LES PARASITES INTESTINAUX DURANT LA DERNIERE ANNEE?	1 = OUI 2=NON 8=NSP		/___/
2.17	[NOM] A-T-IL REÇU TOUS LES VACCINS POUR SON AGE?	1 = OUI 2=NON (SECTION SUIVANTE 3.1) 8=NSP		/___/
2.18	SI OUI, EST-CE NOTE DANS UN CARNET DE VACCINATION?	OUI = 1 NON = 2 3=CARNET NON DISPONIBLE		/___/

SECTION 3. PRATIQUES PARENTALES		
3.1 A SON AGE, AVEC QUELLE FREQUENCE COMMUNIQUEZ-VOUS AVEC [NOM] :	1= TRES SOUVENT 2= PARFOIS 3= RAREMENT	/___/
3.2 AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE PARLER/RACONTER A [NOM] DE CE QUE VOUS ETES EN TRAIN DE FAIRE	1= TRES SOUVENT 2= PARFOIS 3=JAMAIS	/___/ /___/
3.3 A SON AGE COMMENT [NOM] PARLE ?	1 =PARLE TRES BIEN 2 =PARLE ENCORE MAL 3 = APPREND A PARLER 3= NE PARLE PAS DU TOUT	/___/ 2⇒3.7 3⇒3.7 4⇒3.7
3.4 AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE DEMANDER A [NOM] DE VOUS RACONTER CE QU'IL EST EN TRAIN DE FAIRE	1= TOUJOURS 2= PARFOIS 3=JAMAIS	/___/
3.5 AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE PRENDRE LE TEMPS D'ECOUTER VOTRE ENFANT QUAND IL CHERCHE A VOUS EXPLIQUER QUELQUE CHOSE ?	1= TOUJOURS 2= PARFOIS 3=JAMAIS	/___/
3.6 AVEZ-VOUS L'HABITUDE DE REpondre AUX QUESTIONS QUE VOUS POSE VOTRE ENFANT ?	1= TOUJOURS 2= PARFOIS 3=JAMAIS	/___/

3.7 AVEZ-VOUS DU PAPIER ET DES CRAYONS (OU STYLOS) A LA MAISON ?	1 = PAPIER ET CRAYON, STYLOS,... 2 = PAPIER SEULEMENT 3 = CRAYON, STYLOS SEULEMENT 4 = NON 8 = NSP	/___/
3.8 COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (NOM) ?	AUCUN00 NOMBRE DE LIVRES D'ENFANTS..... DIX LIVRES OU PLUS10	/___/___/
3.9 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 POUEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES, OU FEUILLES) ? [D] DES ANIMAUX (CHATS, CHIENS, MOUTONS, CHEVRES, POULETS,...) [E] DES JOUETS QUI PEUVENT ETRE TIRES/POUSSES OU QUI ROULENT ? [F] DES BALLES, BOULES OU BALLONS ? <i>Si l'ENQUETE(E) DIT "OUI" A UNE DES CATEGORIES CI-DESSUS, DEMANDEZ A VOIR OU INSISTEZ POUR SAVOIR PRECISEMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ETRE SUR DE LA REPONSE.</i>	O N NSP JOUETS FABRIQUE A LA MAISON1 2 8 JOUETS DE MAGASIN/FABRIQUANT.....1 2 8 OBJETS1 2 8 ANIMAUX1 2 8 JOUETS1 2 8 BALLES1 2 8	
3.10 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 DES 7 DERNIERS COMBIEN DE FOIS (NOM) A- T-IL/ELLE ETE : [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT (C'EST-A- DIRE QUELQU'UN DE MOIS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? <i>Si 'JAMAIS, 'INSCRIVEZ '00'. Si 'NE SAIT PAS', INSCRIVEZ '8'</i>	NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE..... I___I NOMBRE DE JOURS LAISSE AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE I___I	
3.11. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ- VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (NOM) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : <i>Si 'OUI', DEMANDER : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LA GARDIENNE/ENQUETEE)?</i>		

ENCERCLER TOUTES LES REPONSES.		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE
[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (NOM)?	LIVRES	A	B	X	Y
[B] RACONTER DES HISTOIRES A (NOM)?	CONTES	A	B	X	Y
[C] CHANTER DES CHANSONS AVEC (NOM)?	CHANSONS	A	B	X	Y
[D] EMMENER (NOM) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	SORTIR EN DEHORS	A	B	X	Y
[E] JOUER AVEC (NOM)?	JOUER AVEC	A	B	X	Y
[F] PASSER DU TEMPS AVEC (NOM) A PARLER OU A NOMMER DES OBJETS,	PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y
[G] PASSER DU TEMPS AVEC (NOM) A COMPTER	PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y
[H] PASSER DU TEMPS AVEC (NOM) A DESSINER	PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y
3.12 (NOM) A-T-IL UNE ROUTINE QUOTIDIENNE, PAR EXEMPLE POUR SE LEVER, MANGER, FAIRE LA SIESTE A LA MEME HEURE CHAQUE JOUR ?	OUI 1 NON 2				/ _ /
3.13. (NOM) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCHOULAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ET L'ECOLE CORANIQUE ?	CRECHE =1 JARDIN D'ENFANT PUBLIC =2 JARDIN D'ENFANT PRIVE = 3 CENTRE COMMUNAUTAIRE = 4 ECOLE CORANIQUE = 5 AUCUN = 6				/ _ / 6⇒3.15
3.14. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (NOM) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	NOMBRE D'HEURES.....				/ _ / _ /
3.15. DANS LES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VU REÇU DES VISITES OU PARTICIPE A DES REUNIONS POUR DISCUTER DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT?	1 = OUI, VISITE 2 = OUI REUNION 3 = OUI, VISITE ET REUNION 4 = NON				/ _ /
3.16. QUE FAITES-VOUS D'HABITUDE POUR DISCIPLINER VOTRE ENFANT ?	1= LE FRAPPER POUR LE CORRIGER 2= LUI PARLER 3= LE PRIVER DE NOURRITURE 4= INTERDIRE DE JOUER OU VOIR DES AMIS 5 = AUTRE, PRECISER _____				/ _ /
3.17. QUAND (NOM) REUSSIT QUELQUE CHOSE, QUE FAITES-VOUS D'HABITUDE?	1 = LE GLORIFIER, L'APPLAUDIR, L'ENCOURAGER 2 = LUI DONNER QUELQUE CHOSE 3 = RIEN 4 = AUTRE, PRECISER _____				/ _ /
3.18. RESULTAT DES SECTIONS 2 ET 3	REPLI 1 REFUSE 2 INCOMPLET 3 AUTRE (PRECISER) 4				/ _ /
3.19. NOM DE LA PERSONNE AVEC QUI LES SECTIONS 2 ET 3 ONT ETE REMPLIES	_____				
3.20. CETTE PERSONNE EST-ELLE LA MERE OU LA GARDIENNE DE L'ENFANT (VOIR QUESTION 0.8)	OUI 1 NON 2				/ _ /
3.21. INSCRIRE L'HEURE	HH MM ____ : ____				

SECTION 4 - MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE

Après que les questionnaires aient été remplis, le mesureur pèse et mesure chaque enfant.

Inscrire 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.

4.0. INSCRIRE L'HEURE	HH MM ____ : ____	
4.1 Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... /__ /__ . /__ /__	
4.2 Taille de l'enfant. <input type="checkbox"/> Enfant de moins 87 cm. ⇨ Mesure de la taille (en position couchée). <input type="checkbox"/> Enfant de 87 cm et plus. ⇨ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position couchée..... 1 /__ /__ . /__ /__ Taille (cm) Position debout2/ __ /__ /__ . /__ /__	
4.3. ŒDEMES	Présence d'œdèmes..... 1 Absence d'œdèmes 2 Incertain 3 Refus..... 9	/ __ /
4.4. PERIMETRE BRACHIAL (PB/MUAC)	/__ /__ /__ (en mm)	
4.5. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code	/__ /__ /
4.6. Résultat des mesures	Mesuré 1 Absent 2 Refus..... 3 Autre (à préciser) 6	/ __ /
4.7. INSCRIRE L'HEURE	HH MM ____ : ____	

4.8 Quel est l'âge de l'enfant en mois révolus (reporter information de 1.5) ? _____

☐ L'enfant a-t-il entre 6 et 47 mois. ⇨ Réaliser le test cognitif

☐ L'enfant a-t-il entre 48 et 59 mois. ⇨ passer au prochain enfant