

République de Djibouti  
Unité – Egalité - Paix



Ministère de la Santé

## Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples (EDIM 2006)



# QUESTIONNAIRE DES ENFANTS



MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
BR1. (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu ..... 1 Oui, pas vu ..... 2 Non ..... 3  NSP ..... 8	1⇒BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher ..... 1 C'est trop loin ..... 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée ..... 3 Ne voulait pas payer d'amende ..... 4 Ne sait pas où l'enregistrer ..... 5  Autre (à préciser) ..... 6 NSP ..... 8	
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: <b>Enfant âgé entre 3 et 4 ans ?</b>		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6		
<input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8		
BR6. (Nom) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT?	Nombre d'heures ..... _ _	
BR8. 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 :	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	MODULE SUIVANT
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)?		
Encercler toutes les réponses.		
		Mère    Père    Autre    Person ne
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom)?	Livres	A    B    X    Y
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom)?	Contes	A    B    X    Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons	A    B    X    Y
BR8D. 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
BR8E. JOUER AVEC (nom)?	Jouer avec	A    B    X    Y

MODULE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE	
La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardiennne			
<p>CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de livres pour adultes 0 __</p> <p>Dix livres pour adultes ou plus 10</p>		
<p>CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (nom)?</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de livres pour enfants 0 __</p> <p>Dix livres pour enfants ou plus 10</p>		
<p>CE3. JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST À LA MAISON.</p> <p>AVEC QUOI (nom) JOUE-T-IL/ELLE?</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATES, TASSES, POTS?</li> <li>• OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OR FEUILLAGE?</li> <li>• JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON?</li> <li>• JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN?</li> </ul> <p>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr(e) de la réponse</p> <p>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</p>	<p>Objets pour le ménage (vaisselle, plates, tasses, pots) .....A</p> <p>Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage) .....B</p> <p>Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison) .....C</p> <p>Jouets achetés dans un magasin .....D</p> <p>Pas de jouets mentionnés .....Y</p>		
<p>CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS À D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)?</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de fois __ __</p>		
<p>CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E)?</p> <p>Si aucun, enregistrer 00</p>	<p>Nombre de fois __ __</p>		
<p>BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) À NOMMER, À COMPTER, ET/OU À DESSINER?</p>	<p>Passer du temps</p>	<p>A      B      X      Y</p>	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ?  <i>Montrer la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i>  100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, 200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2 ⇒ MODULE SUIV.  8 ⇒ MODULE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois ..... __ __  NSP ..... 98	
VA3. Ou (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade ..... 2 Journée Nationale de Vaccination ..... 3  Autre (à préciser) ..... 6  NSP ..... 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. AVEZ-VOUS ALLAITE ( <i>nom</i> ) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE ( <i>nom</i> ) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES :  Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.  BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ? BF3B. EAU ? BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION ? BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ? BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ? BF3F. LAIT EN BOITE, EN PONDRE OU LAIT FRAIS BF3G. AUTRES LIQUIDES ? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	A. Suppléments de vitamines ..... 1 2 8 B. Eau ..... 1 2 8 C. Eau sucrée ou jus ..... 1 2 8 D. SRO ..... 1 2 8 E. Préparation ..... 1 2 8 F. Lait ..... 1 2 8 G. Autres liquides ..... 1 2 8 H. Aliment solide ou semi-solide ..... 1 2 8	O N NSP
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?  <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5  <input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant		
BF5. 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 ?  Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois ..... NSP ..... 8	

**MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES**

**CA**

<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</p>	<p>Oui.....1 Non .....2 NSP .....8</p>	<p>2⇒CA5 8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (<i>nom local du sachet de SRO</i>)? CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ? CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé ..... 1 2 8 B. Liquide maison ..... 1 2 8 C. Liquide SRO préemballé ..... 1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien .....1 Environ la même quantité (ou un peu moins).....2 Plus .....3 NSP .....8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien.....1 Beaucoup moins .....2 Un peu moins .....3 Environ la même quantité .....4 Plus .....5 NSP .....8</p>	
<p>CA4a. Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui.⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> Non.⇒ Passer à CA5</p>		
<p>CA4b. Où avez-vous reçu le (<i>NOM DU SACHET DE SRO DE CA2A</i>) ?</p>	<p><b>Secteur public</b> Hôpital gouvernemental .....11 Centre de santé gouvernemental .....12 Poste de santé gouvernemental .....13 Agent de santé communautaire .....14 Clinique mobile/communautaire .....15 Autre public (<i>à préciser</i>) .....16</p> <p><b>Secteur médical privé</b> Clinique/Hôpital privé(e) ..... 21 Médecin privé .....22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile .....24 Autre médical privé(<i>à préciser</i>).....26</p> <p><b>Autres sources</b> Parent ou ami .....31 Magasin .....32 Guérisseur traditionnel .....33 Autre (<i>à préciser</i>) .....96</p>	



<p>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>Continuer à demander à la mère de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais NE lui faites PAS de suggestions.</p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter .....A  L'enfant devient de plus en plus malade .....B  L'enfant développe une fièvre .....C  L'enfant a une respiration rapide .....D  L'enfant a des difficultés à respirer .....E  L'enfant a du sang dans les selles ..... F  L'enfant boit difficilement .....G</p> <p>Autre (à préciser) _____ X</p> <p>Autre (à préciser) _____ Y</p> <p>Autre (à préciser) _____ Z</p>	
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

MODULE SUR LA VACCINATION										IM	
Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.											
IM1.Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?					Oui, vue..... 1					2 ⇨ IM10	
					Oui, pas vue..... 2					3 ⇨ IM10	
					Non..... 3						
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.					Date de vaccination						
					JOUR		MOIS		ANNÉE		
IM2. BCG		BCG									
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE		VPO0									
IM3B. POLIO 1		VPO1									
IM3C. POLIO 2		VPO2									
IM3D. POLIO 3		VPO3									
IM4A. DTCOQ1		DPCOQ1									
IM4B. DTCOQ2		DPCOQ2									
IM4c. DTCOQ3		DPCOQ3									
IM5A. HEPB1 (OU DTCOQHB1)		(DTCOQ)H1									
IM5B. HEPB2 (OU DTCOQ HB2)		(DTCOQ)H2									
IM5c. HEPB3 (OU DTCOQHB3)		(DTCOQ)H3									
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)		ROUGEOLE									
IM7. FIEVRE JAUNE		FJ									
IM8A. VITAMINE A (1)		VITA1									
IM8B. VITAMINE A (2)		VITA2									
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?  Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.					Oui..... 1					1 ⇨ IM19	
					(Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B).						
					Non..... 2					2 ⇨ IM19	
					NSP ..... 8					8 ⇨ IM19	
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?					Oui..... 1					2 ⇨ IM19	
					Non..... 2						

	NSP ..... 8	8⇒IM19
IM11. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
IM12. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines) ..... 1 Plus tard ..... 2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois ..... __ __	
IM15. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU À LA FESSE- POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois ..... __ __	
IM17. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
IM18. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI ( <i>nom</i> ) A PARTICIPE À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT:  IM19A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A IM19B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B IM19C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C		
	O N NSP	
	Campagne A ..... 1 2 8	
	Campagne B ..... 1 2 8	
	Campagne C ..... 1 2 8	
IM20. VÉRIFIEZ si toutes les vaccins ONT ÉTÉ ADMINISTRÉS À L'ENFANT?	Oui tous les vaccins ont été administrés ..... 1  Aucun vaccin n'a été administré ou pas tous ont été administrés ..... 2	1⇒MODULE SUIVANT
IM21. Pourquoi (NOM) n'a pas été (complètement) vacciné(e)?	L'enfant n'a pas atteint l'âge ..... 01	

	N'est pas consciente de la nécessité du vaccin .....02	
	N'est pas consciente de la nécessité de revenir pour les autres doses .....03	
	Ne connaît pas le lieu ou période de vaccination .....04	
	A peur des effets secondaires .....05	
	A l'intention d'y aller .....06	
	Enfant malade .....07	
	Vaccin non disponible .....08	
	Lieu de vaccination très éloigné .....09	
	Service non disponible .....10	
	Autre (spécifier) .....96	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE-QUE ( <i>nom</i> ) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar ..... A Chloroquine..... B Amodiaquine..... C Quinine..... D Combinaison basée sur l'Artémisinine..... E Autre antipaludéen (à préciser) ..... H  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen..... R  Autre (à préciser) ..... X NSP ..... Z	
ML5. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtée.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar ..... A Chloroquine..... B Amodiaquine..... C Quinine..... D Combinaison basée sur l'Artémisinine..... E Autre antipaludéen (à préciser) ..... H  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen..... R  Autre (à préciser) ..... X NSP ..... Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?  <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9  <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL/ELLE COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour .....0  Le jour suivant .....1  2 jours après la fièvre.....2  3 jours après la fièvre.....3  4 jours ou plus après la fièvre.....4  NSP .....8</p>	
<p>ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui .....1  Non .....2  NSP .....8</p>	<p>2⇒MN16  8⇒MN16</p>
<p>ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.  Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois ..... __ __  Plus de 24 mois .....95  Pas sûre.....98</p>	
<p>ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui .....1  Non .....2  NSP /pas sûre.....8</p>	
<p>ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?</p>	<p>Oui .....1  Non .....2  NSP .....8</p>	<p>2⇒MN16  8⇒MN16</p>
<p>ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.  Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois ..... __ __  Plus de 24 mois .....95  NSP/Pas sûre.....98</p>	
<p>ML16. Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardiennne ?  Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Fin du présent questionnaire ; et puis  Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'enfant éligible suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Fin de l'interview. Remercier l'enquêtée de sa collaboration.</p> <p><i>Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE.</i></p>		

**MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE**

**AN**

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, 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. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... _ _ . _	
AN2. Taille de l'enfant.  Vérifier l'âge de l'enfant en UF11:  <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇨ Mesure de la taille (en position allongée).  <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇨ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée ..... 1 _ _ . _  Taille (cm) Position debout..... 2 _ _ . _	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code ..... _ _	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré ..... 1 Absent ..... 2 Refus ..... 3  Autre (à préciser) ..... 6	

AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

Oui. ⇨ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.

Non. ⇨ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration.  
 Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Information sur le Ménage.