|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | questionnaire Enfant de moins de 5 ansNom et année de l’enquête |  |
| PANNEAU D’INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE 5 ANS uf |
| **UF1**. *Numéro de grappe :* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **UF2**. *Numéro du ménage :* \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF3**. *Nom et numéro de ligne de l’enfant :*NOM \_\_\_ \_\_\_ | **UF4**. *Nom et numéro de ligne de la mère/gardien(ne) :*NOM \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF5**. *Nom et numéro de l’enquêteur.rice :*NOM \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **UF6**. *Nom et Numéro du chef d’équipe :*NOM \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |
| **UF7**. *Jour/Mois/Année de l’enquête*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 2 \_\_\_ | **UF8**. Enregistrer l’heure de début de l’entretien : | HEURES | : Minutes  |
| \_\_ \_\_ | : \_\_ \_\_ |

|  |
| --- |
| Vérifier l’âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la ListE des Membres du MÉnage, Questionnaire MÉnage :Si l’âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d’un adulte pour l’interview a été obtenu (HH33 ou HH39) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l’entretien ne doit pas commencer et « 06 » doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans. |
| **UF9**. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Est-ce que vous ou un autre membre de votre équipe a déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ? | oui, dÉjÀ interviewÉ 1NOn, premiÈre interview 2 | 1*UF10B*2*UF10A* |
| **UF10A**. Bonjour, je m'appelle (***votre nom***). Nous sommes de l'Institut National de la Statistique. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. J'aimerais vous parler de la santé et du bien-être de (***nom de l'enfant à UF3***). Cet entretien prend habituellement nombre de minutes. La participation à cette enquête est volontaire. Vous ne recevrez ni paiement ni incitation pour avoir répondu à ces questions. Cependant, cette enquête aidera le gouvernement et le grand public à mieux comprendre la situation et les besoins des jeunes enfants. Sachez que toutes les informations que vous partagerez au cours de l'entretien resteront strictement confidentielles et anonymes. Aucune information vous concernant ou concernant votre enfant ne sera rendue publique. Nous ne produirons que des informations sur la population générale. Si vous vous sentez mal à l'aise face à une question et que vous ne souhaitez pas y répondre, faites-le moi savoir et nous pourrons passer la question. De même, si vous souhaitez interrompre l'entretien à n'importe quel moment, il vous suffit de me le faire savoir. Si vous avez des plaintes ou des préoccupations concernant cette enquête, veuillez utiliser les informations fournies sur cette carte pour contacter le nom de l'organisation.Puis-je commencer l'entretien ? | **UF10B**. J'aimerais maintenant vous parler plus en détail de la santé et du bien-être de (***nom de l'enfant à UF3***). Cet entretien prend habituellement nombre de minutes. Encore une fois, la participation à cette enquête est volontaire. Vous ne recevrez aucun paiement ou incitation pour avoir répondu à ces questions. Cependant, cette enquête aidera le gouvernement et le grand public à mieux comprendre la situation et les besoins des jeunes enfants.Sachez que toutes les informations que vous partagerez au cours de l'entretien resteront strictement confidentielles et anonymes. Aucune information vous concernant ou concernant votre enfant ne sera rendue publique. Nous ne produirons que des informations sur la population générale. Encore une fois, si vous souhaitez ne pas répondre à une question ou interrompre l'entretien à n'importe quel moment, veuillez m'en informer. Si vous avez des plaintes ou des préoccupations concernant cette enquête, veuillez utiliser les informations figurant sur la carte que je vous ai remise plus tôt pour contacter le nom de l'organisation.Puis-je commencer l'entretien ? |
| OUI 1NoN/pas demandÉ 2 | 1* Module CARACTÉRISTIQUES DE L’ENFANT DE MOINS DE 5 ANS*2**UF17 |

|  |
| --- |
| caracteristiques de l’enfant de moins de 5 ans UB |
| **UB0**. Avant que je commence l’entretien, pourriez-vous apporter, SVP, le certificat de naissance de (**nom**), le carnet national de vaccination de l’enfant ou toute carte de vaccination émanant d’un prestataire de santé privé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.  |  |  |
| **UB0A**. *Vérifier le lien de parenté entre le répondant et l'enfant dans la LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE dans le QUESTIONNAIRE MÉNAGE.* | MÈRE BIOLOGIQUE (HL20 = HL14) 1PÈRE BIOLOGIQUE (HL20 = HL18) 2AUTRE 6 | 1*UB1*2*UB1* |
| **UB0B**. Quel est votre lien de parenté avec (***nom***) ? | GRAND-PARENT 01TANTE/ONCLE 02FRÈRE/sœur 03AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE DE L'ENFANT 06BELLE-MÈRE/BEAU-PÈRE 11DEMI-sœur/DEMI-FRÈRE 12AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE DU BEAU-PARENT 16PARENT D'ACCUEIL/ADOPTif OFFICIEL 21Ami ………………………………………….31AUTRES (*préciser*) 96 |  |
| **UB1**. Quel jour, quel mois et quelle année (***nom***) est-il/elle né(e) ?Insister : Quand est son anniversaire ?  Si la mère/gardien(ne) connait la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer « 98 » pour jour.Les mois et l’année doivent être enregistrés. | Date de naissance jour \_\_ \_\_ NSP JOUR 98 Mois \_\_ \_\_ annÉE 2 0 \_\_ \_\_ |  |
| **UB2**. Quel âge a (***nom***) ? Insister : Quel âge a eu (***nom***) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l’âge en années révolues. Enregistrer « 0 », si moins d’un an.Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger. | Âge (EN ANNÉES RÉVOLUES) \_\_ |  |
| **UB3**. Vérifier UB2 : Âge de l’enfant ? | 0, 1, ou 2 ans 13 ou 4 ans 2 | 1*Fin* |
| **UB4**. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) dans le PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS et celui du/de la répondant(e) au Questionnaire MÉnage (HH47) : Ce répondant est-il également le répondant au QUESTIONNAIRE MÉNAGE ? | OUI, LE RÉPONDANT EST LE MÊME,  UF4=HH47 1NON, LE RÉPONDANT N’EST PAS LE MÊME, UF4≠HH47 2 | 2*UB6A* |
| **UB5**. Vérifier ED10 dans le module Éducation du Questionnaire MÉnage : est-ce que l’enfant fréquente un programme d’éducation de la petite enfance pendant l’année scolaire actuelle ? | OUI, ED10=0 1NON, ED10≠0 oU blanC 2 | 1*UB8B*2*Fin* |
| **UB6A**. Vérifier ED10 dans le module Éducation du Questionnaire MÉnage : est-ce que l’enfant fréquente un programme d’éducation de la petite enfance pendant l’année scolaire actuelle ? | OUI, ED10=0 1NON, ED10≠0 OU BLANC 2 | 1*UB8A*2*End* |
| **UB8A**. J'ai déjà noté que (***nom***) a participé à un programme d'éducation de la petite enfance au cours de cette année scolaire. Est-ce que (il/elle) suit actuellement ce programme ?**UB8B**. Vous avez indiqué que (***nom***) a participé à un programme d'éducation de la petite enfance cette année scolaire. Est-ce que (il/elle) suit actuellement ce programme ? | OUI 1NoN 2 |  |

|  |
| --- |
| **ASSURANCE MALADIE UIN** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème de l'assurance maladie comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. |

|  |
| --- |
| **ENREGISTREMENT DES NAISSANCES BR** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème de l'enregistrement des naissances, comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. |

|  |  |
| --- | --- |
| developpement de la petite enfance | eC |
| **EC1**. Combien de livres d’enfants ou de livres d’images avez-vous pour (**nom**) ? | AUCUN 00Nombre de livres pour enfants 0 \_\_10 livres ou plus 10 |  |
| **EC2**. Je voudrais savoir avec quoi (**nom**) joue quand il/elle est à la maison. Est-ce qu’il/elle joue avec :[A]des jouets faits maison comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison ?[B] des jouets d’un magasin ou des jouets d’un fabricant ?**[**C] des objets du ménage (comme des bassines,  casseroles), ou des objets trouvés dehors  (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ? | O N NSPjouets faits maison 1 2 8Jouets d’un magasin 1 2 8objets du MÉnage ou de 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 passée, combien de jours ***(nom)*** a t-il/elle été : [A] laissé seul(e) pour plus d’une heure ? [B] laissé sous la garde d’un autre enfant, c’est-à-dire quelqu’un de moins de 10 ans, pour plus d’une heure ? Si « aucun », enregistrer « 0 ». Si « NSP », enregistrer « 8 ». | Nombre de jours PENDANT LESQUELS L’ENFANT A ÉTÉ laissÉ seul pour plus d’une heure \_\_Nombre de jours PENDANT LESQUELS L’ENFANT A ÉTÉ laissÉ sous la garde d’un autre enfant pour plus d’une heure \_\_ |  |
| **EC4**. *Vérifier UB2 : Âge de l’enfant ?* | 0 Ou 1 an 12, 3 ou 4 ans 2 | 1*Fin* |
| **EC5**. Depuis (jour de l’entretien moins 3) dernier, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (***nom***) à l’une des activités suivantes : *Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l’enfant doit être codé comme mère ou père.* |  |  |
|  [A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec *(****nom****)* ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC5[B]*8*EC5[B]* |
|  [A1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (***nom***) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
|  [B] Raconter des histoires à *(****nom****)*? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC5[C]*8*EC5[C]* |
|  [B1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (nom) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
|  [C] Chanter des chansons avec ou à *(****nom****)*, y compris des berceuses ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC5[D]*8*EC5[D]* |
|  [C1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (nom) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
|  [D] Emmener *(****nom****)* en dehors de la maison ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC5[E]*8*EC5[E]* |
|  [D1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (nom) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
|  [E] Jouer avec *(****nom****)* ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC5[F]*8*EC5[F]* |
|  [E1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (nom) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
|  [F] Nommer, compter ou dessiner des choses avec (***nom****)* ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*EC6*8*EC6* |
|  [F1] Qui, dans le ménage, a participé à cette activité avec (nom) ? *Insister* : Quelqu'un d'autre ? | MÈRE APÈRE BAUTRE X |  |
| **EC6**. J'aimerais vous poser des questions sur certaines choses que (***nom***) est actuellement capable de faire. N'oubliez pas que les enfants se développent et apprennent à des rythmes différents. Par exemple, certains commencent à parler plus tôt que d'autres, ou ils peuvent déjà dire certains mots mais ne pas encore former de phrases. Il n'y a donc pas de problème si votre enfant n'est pas capable de faire toutes les choses que je vais vous demander. Vous pouvez me faire savoir si vous avez des doutes sur la réponse à donner.Est-ce que (***nom***) peut marcher sur une surface irrégulière, par exemple une route cahoteuse ou escarpée, sans tomber ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC7**. Est-ce que (***nom***) peut sauter en l'air avec les deux pieds qui quittent le sol ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC8**. Est-ce que (***nom***) peut s'habiller (lui-même/elle-même), c'est-à-dire mettre un pantalon et une chemise sans aide ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC9**. Est-ce que (***nom***) peut attacher et détacher les boutons sans aide ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC10**. Est-ce que (***nom***) peut dire 10 mots ou plus comme « maman » ou « balle » ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC11**. Est-ce que (***nom***) peut parler en utilisant des phrases de 3 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple « Je veux de l'eau » ou « La maison est grande » ? | oui 1Non 2nsp 8 | 2*EC13*8*EC13* |
| **EC12**. Est-ce que (***nom***) peut parler en utilisant des phrases de 5 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple « La maison est très grande » ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC13**. Est-ce que (***nom***) peut utiliser correctement l'un des mots « je », « tu », « elle » ou « il », par exemple « je veux de l'eau » ou « il mange du riz » ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC14**. Si vous montrez à (***nom***) un objet qu'***il/elle*** connaît bien, comme une tasse ou un animal, peut-***il/elle*** le nommer systématiquement ?*Insister* : De manière constante, j'entends que (***il/elle***) utilise le même mot pour désigner le même objet, même si le mot utilisé n'est pas tout à fait correct. | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC15**. Est-ce que (***nom***) peut reconnaître au moins 5 lettres de l'alphabet ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC16**. Est-ce que (***nom***) peut écrire (***son***) propre nom ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC17**. Est-ce que (***nom***) reconnaît tous les chiffres de 1 à 5 ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC18**. Si vous demandez à (***nom***) de vous donner 3 objets, par exemple 3 pierres ou 3 haricots, est-ce qu'***il/elle*** vous donne la bonne quantité ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC19**. Est-ce que (***nom***) peut compter 10 objets, par exemple 10 doigts ou 10 blocs, sans se tromper ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC20**. Est-ce que (***nom***) peut faire une activité, comme colorier ou jouer avec des blocs de construction, sans demander de l'aide à plusieurs reprises ou sans abandonner trop vite ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC21**. Est-ce que (***nom***) pose des questions sur des personnes familières autres que ses parents lorsque ceux-ci ne sont pas là, par exemple « Où est grand-mère ? » ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC22**. Est-ce que (***nom***) propose d'aider quelqu'un qui semble avoir besoin d'aide ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC23**. Est-ce que (***nom***) s'entend bien avec les autres enfants ? | OUI 1Non 2nsp 8 |  |
| **EC24**. Les deux questions suivantes ont cinq options de réponse différentes. Je vais vous les lire après chaque question. À quelle fréquence (***nom***) semble-t-***il/elle*** très triste ou déprimé(e) ?Diriez-vous : tous les jours, toutes les semaines, tous les mois, quelques fois par an ou jamais ? | TOUS LES JOURS 1TOUTES LES SEMAINES 2TOUS LES MOIS 3PLUSIEURS FOIS PAR AN 4JAMAIS 5NSP 8 |  |
| **EC25**. Par rapport aux enfants du même âge, à quel point (***nom***) donne-t-***il/elle*** des coups de pied, mord ou frappe-t-il d'autres enfants ou adultes ?Diriez-vous : pas du tout, moins, pareil, plus ou beaucoup plus ? | pas du tout 1moins 2pareil 3plus 4beaucoup plus 5nsp 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DISCIPLINE DE L’ENFANT** | **UCD** |
| **UCD1**. *Vérifier UB2 : Âge de l’enfant ?* | 0 an 11, 2, 3 ou 4 ans 2 | 1*Fin* |
| **UCD2**. Les adultes utilisent certains moyens pour apprendre aux enfants à bien se comporter ou pour traiter des problèmes de comportement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées. Dites-moi SVP, si vous - ou n’importe quel autre membre de votre ménage - avez utilisé une de ces méthodes avec (***nom***) au cours du mois dernier. [A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (***nom***) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.  [B] Expliquer à (***nom***) pourquoi son comportement n’était pas correct. [C] (Le/la) secouer.  [D] Hurler ou lui crier dessus.  [E] Lui donner quelque chose d’autre à faire. [F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues. [G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d’autres parties du corps avec quelque chose tel ceinture, brosse à cheveux, bâton ou autre objet dur  [H] (Le/la) traiter d’idiot, de paresseux ou d’un autre nom comme ça.  [I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.  [J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes. [K] (Le/la) battre, c’est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible. |  OUI NoNretirer des privilÈges 1 2Expliquer le mauvais comportement 1 2Secouer 1 2hurler, crier dessus 1 2donner autre chose À faire 1 2donner une fessÉe, frapper, taper À mains nues 1 2frapper avec ceinture, brosses, bÂton ou autre 1 2traiter D’IDIOT, paresseux ou autre 1 2frapper/gifler sur le visage, LA tÊte ou LES oreilles 1 2frapper/taper sur les mains, LES bras ou LES jambes 1 2Battre et frapper encore et encore aussi fort que  possible 1 2 |  |
| **UCD3**. *Vérifier UF4 : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d’un autre enfant de moins de 5 ans ou d’un enfant de 5-14 ans sélectionné pour LE QUESTIONNAIRE ENFANT 5-17 ANS ?*  | OUI 1NoN 2 | 2*UCD5* |
| **UCD4**. *Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?* | OUI 1Non 2 | 1*Fin* |
| **UCD5**. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu’il soit puni physiquement ? | oui 1Non 2nsp/pas d’opinion 8 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CAPACITÉS FONCTIONNELLES de l’ENFANT  | **UCF** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème des capacités fonctionnelles de l'enfant, comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. Le dossier complémentaire contient des instructions pour une personnalisation plus poussée des questionnaires. |

|  |  |
| --- | --- |
| Allaitement et ALIMENTATION | **BD** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème de l’allaitement et de l’alimentation, conformément aux instructions figurant dans le dossier complémentaire associé. Le dossier complémentaire contient des instructions pour une personnalisation plus poussée des questionnaires. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| vaccinations |  | IM |
| **IM1**. *Vérifier UB2 : Âge de l’enfant ?* | 0, 1, ou 2 ans 13 ou 4 ans 2 | 2*Fin* |
| **IM2**. Avez-vous un carnet national de vaccination de l’enfant, un carnet ou une carte de vaccination établi par un prestataire de santé privé ou tout autre document dans lequel les vaccinations de (***nom***) sont consignées ? | OUI, a seulement un carnet/carte 1OUI, a seulement un autre document 2OUI, a carnet/carte et autre document 3NON, n’a ni carnet/carte ni autre document 4 | 1*IM5*3*IM5* |
| **IM3**. Avez-vous déjà eu un carnet national de vaccination de l’enfant ou un document d’un prestataire de santé privé pour (***nom***) ? | oui 1Non 2 |  |
| **IM4**. *Vérifier IM2 :* | a seulement autre document, IM2=2 1ni carnet/carte ni autre document disponible, IM2=4 2 | 2*IM11* |
| **IM5**. Puis-je voir le carnet/carte (et/ou) l’autre document ?  | OUI, carnet/carte seulement vu 1OUI, autre document seulement vu 2OUI, carnet/carte et autre document vus 3ni carnet/carte ni autre  document vu 4 | 4*IM11* |
| **IM5A**. *Enregistrer la date de naissance à partir de la carte et/ou d'un autre document.* *Inscrire « 98 » pour toute information manquante ou illisible.*  | Date de naissance jour \_\_ \_\_ Mois \_\_ \_\_ annÉE 2 0 \_\_ \_\_ |  |
| **IM6**.1. Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet.
2. Écrire « 44 » dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n’est pas enregistrée.
 | **Date DE VACCINATION** |  |
| **JOUR** | **MoIS** | **ANNÉE** |
| BCG | BCG |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| HepB (à la naissance) | HepB0 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPO) (à la naissance) | VPO0 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPO) 1 | VPO1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPO) 2 | VPO2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPO) 3 | VPO3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPI) 1 | VPI1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Polio (VPI) 2 | VPI2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 1 | Penta1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 2 | Penta2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pentavalent (DTCOq /Hib/ HepB) 3 | Penta3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 1 | PCV1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 2 | PCV2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Pneumocoque (Conjugué) 3 | PCV3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 1 | Rota1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 2 | Rota2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Rotavirus 3 | Rota3 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| ROR1 | ROR1 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| ROR2 | ROR2 |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Fièvre jaune | FJ |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| Td Booster 1 | Td Booster |  |  |  |  | 2 | 0 |  |  |  |
| **IM7**. *Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à Td Booster) enregistrés ?* | OUI 1NoN 2 | 1*Fin* |
| **IM8**. Est-ce que (***nom***) a participé aux campagnes de vaccination, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant suivantes : [A] Insérer date/type de campagne A, antigènes [B] Insérer date/type de campagne B, antigènes  [C] Insérer date/type de campagne C, antigènes | O N NSPCampagne A 1 2 8Campagne B 1 2 8Campagne C 1 2 8 |  |
| **IM9**. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (***nom***) a reçu d’autres vaccinations y compris des vaccinations reçues pendant les campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant qu’on vient de mentionner ? | OUI 1NoN 2NSP 8 | 2*Fin*8*Fin* |
| **IM10***. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations.* *Enregistrer « 66 » dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu. Pour chaque vaccin pas reçu, enregistrer « 00 » dans la colonne jour.* *Lorsque vous avez terminé, passez au module suivant.* |  | *Fin* |
| **IM11**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu des vaccinations pour l’empêcher d’attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination, des journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant ? | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM12**. Est-ce que (***nom***) a participé aux campagnes, journées nationales de vaccination ou journées de santé de l’enfant suivantes :  [A] Insérer date/type de campagne A, antigènes [B] Insérer date/type de campagne B, antigènes  [C] Insérer date/type de campagne C, antigènes | O N NSPCampagnE A 1 2 8CampagnE B 1 2 8CampagnE C 1 2 8 |  |
| **IM13**. *Vérifier IM11 et IM12 [A-C] :* | TOUT non ou NSP 1au moins un oui 2 | 1*Fin* |
| **IM14**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c’est-à-dire une injection faite dans le bras ou l’épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **IM15**. A la naissance ou peu après, (***nom***) a-t-***il/elle*** été vacciné(e) contre l'hépatite B, c'est-à-dire qu'il (elle) a reçu une injection à l'extérieur de la cuisse pour prévenir l'hépatite B ? | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM16*8*IM16* |
| **IM15A**. Est-ce que (***nom***) l'a reçu dans les 24 heures suivant la naissance ? | oui 1Non 2nsp 8 |  |
| **IM16**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ? *Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d’autres maladies.* | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM19*8*IM19* |
| **IM17**. Est-ce que (***nom***) a reçu le premier vaccin oral contre la polio au cours des deux premières semaines suivant la naissance ou plus tard ? | dans les deux premiÈres semaines 1PLUS TARD 2NSP 8 |  |
| **IM18**. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ? | NOMBRE DE FOIS \_\_NSP 8 |  |
| **IM19**. Est-ce que (nom) a déjà reçu un vaccin antipoliomyélitique injectable, c'est-à-dire une injection dans le bras pour le protéger contre la polio ? *Insister en indiquant que ce vaccin est souvent appelé VPI et que l'injection peut être administrée en même temps que le vaccin oral contre la polio et/ou d'autres injections.* | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM20*8*IM20* |
| **IM19A**. Combien de fois le vaccin antipoliomyélitique a-t-il été injecté ? | NOMBRE DE FOIS \_\_nsp 8 |  |
| **IM20**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin Pentavalent– c’est-à-dire une injection dans la cuisse pour l’empêcher d’attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l’hépatite B et l’Haemophilus influenzae de type b? *Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.* | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM22*8*IM22* |
| **IM21**. Combien de fois le vaccin Pentavalent a été donné ? | NOMBRE DE FOIS \_\_nsp 8 |  |
| **IM22**. Est-ce que (nom) a déjà le vaccin Pneumocoque Conjugué - PCV–, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour prévenir la pneumonie ? *Insister en indiquant que le vaccin PCV est parfois administré en même temps que la vaccination pentavalente.* | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM24*8*IM24* |
| **IM23**. Combien de fois le vaccin Pneumocoque Conjugué PCV a été donné ? | NOMBRE DE FOIS \_\_nsp 8 |  |
| **IM24**. Est-ce que (***nom)*** a déjà reçu le vaccin Rotavirus – c’est-à-dire du liquide dans la bouche pour prévenir la diarrhée ? *Insister en indiquant que le vaccin Rotavirus est parfois donné en même temps que le Pentavalent*  | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM26*8*IM26* |
| **IM25**. Combien de fois le vaccin Rotavirus a été donné ? | NOMBRE DE FOIS \_\_nsp 8 |  |
| **IM26**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin ROR – c’est-à-dire une injection dans le bras pour l’empêcher d’attraper la rougeole, les oreillons et la rubéole ? | oui 1Non 2nsp 8 | 2*IM27*8*IM27* |
| **IM26A**. Combien de fois le vaccin ROR a été donné ? | NOMBRE DE FOIS \_\_nsp 8 |  |
| **IM27**. Est-ce que (***nom***) a déjà reçu le vaccin contre la fièvre jaune – c’est-à-dire une injection dans le bras - pour l’empêcher d’attraper la fièvre jaune ?  Insister *en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le* ROR. | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM27A**. Est-ce que (nom) a déjà reçu le Td Booster - c'est-à-dire une injection à la cuisse à l'âge de 1 an ou plus - pour renforcer (son) immunité contre la diphtérie et le tétanos?  Insister *en indiquant que le vaccin contre la fièvre jaune est parfois donné en même temps que la deuxième dose de* ROR. | OUI 1NON 2NSP 8 |  |
| **IM28**. *Préparer un FORMULAIRE CARTE DE VACCINATIONS AU CENTRE DE SANTÉ pour cet enfant.*  *Remplir le PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS sur ce formulaire.* |

|  |  |
| --- | --- |
| RECOURS AUX SOINS ET TRAITEMENT DE LA DIARRHÉE | **DA** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème du recours aux soins et traitement de la diarrhée comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. Le dossier complémentaire contient des instructions permettant de personnaliser davantage les questionnaires. |

|  |  |
| --- | --- |
| RECOURS AUX SOINS ET TRAITEMENT DES SYMPTÔMES DE L'IRA | **AR** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème de la recherche de soins et traitement des symptômes de l’IRA infections respiratoires aiguës, comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. |

|  |  |
| --- | --- |
| PALUDISME : RECOURS AUX SOINS ET TRAITEMENT | **MC** |
| Si sélectionné, insérer ici le thème paludisme : recherche de soins et traitement, comme indiqué dans le dossier complémentaire associé. Le dossier complémentaire contient des instructions pour une personnalisation plus poussée des questionnaires. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UF11**. *Enregistrer l'heure.* | Heures et minutes \_\_ \_\_ : \_\_ \_\_ |  |
| **UF12**. *Langue du Questionnaire.* | français 1Langue 2 2Langue 3 3 |  |
| **UF13**. *Langue de l’entretien* | français 1Langue 2 2Langue 3 3autres langues (préciser) 6 |  |
| **UF14**.*Langue maternelle du/de la répondant(e).* | français 1Langue 2 2Langue 3 3autres langues (préciser) 6 |  |
| **UF15**. *Est-ce qu’un traducteur a été utilisé pour n’importe quelle partie de ce questionnaire ?* | Oui, questionnaire entier 1Oui, certaines parties du questionnaire 2Non, Pas utilisÉ 3 |  |
| **UF15A**.Vérifier l'âge du répondant dans HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, QUESTIONNAIRE MÉNAGE : L'âge du répondant est de 15-17 ans ? | 15-17 ans 118 ans ou plus 2 | 1*Fin* |
| **UB15B**. Vérifier le numéro de ligne du répondant (FS4) dans PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE 5 ANS et le répondant au QUESTIONNAIRE MÉNAGE (HH47) : Ce répondant est-il également le répondant au QUESTIONNAIRE MÉNAGE ? | OUI, LE RÉPONDANT EST LE MÊME,  UF4=HH47 1NON, LE RÉPONDANT N’EST PAS LE MÊME, UF4≠HH47 2 | 1*UF16* |
| **UF15C**. *Ce répondant a-t-il déjà été interrogé au moyen d'un questionnaire individuel ?* | OUI, DÉJÀ INTERROGÉ 1NON, PAS ENCORE INTERROGÉ 2 | 1*UF16*  |
| **UF15D**. *Vérifier HC7[A] et HC12 : Ce ménage dispose-t-il d'une ligne téléphonique fixe ou l'un de ses membres possède-t-il un téléphone portable ?* | OUI, HC7[A]=1 oU HC12=1 1NON, HC7[A]=2 ET HC12=2 2 | 2*UF15F* |
| **UF15E**. Nous vous remercions pour votre participation.L'Institut National de la Statistique réalisera à l'avenir une enquête téléphonique sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Il est possible que nous vous appelions plusieurs fois sur une période de quelques mois, pendant environ 15 minutes à chaque fois.La participation est volontaire. Si vous acceptez de participer maintenant, vous pouvez toujours vous retirer plus tard. Votre participation ne vous coûtera rien. Votre numéro de téléphone et toutes les informations que vous nous communiquerez au cours de ces entretiens téléphoniques ne seront partagés avec personne en dehors de notre équipe.Souhaitez-vous participer ? | OUI 1NoN 2 | 1*UF15H*2*UF16* |
| **UF15F**. Nous vous remercions pour votre participation.L'Institut National de la Statistique réalisera à l'avenir une enquête de suivi sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Il se peut que nous vous contactions à plusieurs reprises sur une période de quelques mois, pour une durée d'environ 15 minutes à chaque fois.La participation est volontaire. Si vous acceptez de participer maintenant, vous pouvez toujours vous retirer plus tard. Votre participation ne vous coûtera rien. Toutes les informations que vous partagerez au cours de ces entretiens ne seront communiquées à personne en dehors de notre équipe.Souhaitez-vous participer ? | OUI 1NoN 2 | 2*UF16* |
| **UF15G**. Vous m'avez dit qu'il n'y avait pas de téléphone dans votre foyer. Juste pour confirmer, avez-vous un numéro de téléphone personnel ou y a-t-il un numéro de téléphone pour le ménage ? | OUI 1NoN 2 | 1*UF15I*2*UF16* |
| **UF15H**. Avez-vous un numéro de téléphone personnel ou existe-t-il un numéro de téléphone pour le ménage ? | OUI 1noN 2 | 2*UF16* |

|  |
| --- |
| **UF15I**. Vous pouvez communiquer le numéro de téléphone de votre ménage, mais ne communiquez aucun numéro de téléphone personnel appartenant à d'autres membres de votre ménage ou à des personnes extérieures à votre ménage. Veuillez m'indiquer le numéro de téléphone à appeler. |
|  |
|  | [P1]NUMÉRO FAVORI | [P2]2e NUMBER | [P3]3e NUMBER |
| **UF15J**. *Demander et enregistrer le numéro de téléphone.* | **\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_** | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |
| **UF15K**. Juste pour confirmer, le numéro est (***numéro enregistré dans FS15J***) ?*Si non, retourner à FS15J et corriger l'entrée.* | OUI 1NON 2***UF15J* | OUI 1NON 2***UF15J* | OUI 1NON 2***UF15J* |
| **UF15L**. N'oubliez pas que vous pouvez partager le numéro de téléphone de votre ménage, mais qu’il ne faut pas communiquer de numéros de téléphone personnels appartenant à d'autres membres de votre ménage ou à des personnes extérieures à votre ménage. Avez-vous un autre numéro de téléphone personnel ou partagé où l'on peut vous joindre ? | OUI 1***[P2]*NON 2***UF16* | OUI 1***[P3]*NON 2***UF16* | OUI 1***[P4]*NON 2***UF16* |
|  |  |  | *Cocher ici si un questionnaire supplémentaire a été utilisé :* **** |

|  |
| --- |
| **UF16**. Dire à la personne interrogée que vous devrez mesurer le poids et la taille de l'enfant avant de quitter le ménage et qu'un(e) collègue viendra effectuer la mesure. Remettre le FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES pour cet enfant et remplir le PANNEAU D'INFORMATION DU FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES sur ce formulaire. Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, QUESTIONNAIRE DU MÉNAGE : est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou la personne qui s'occupe d'un autre enfant âgé de 0 à 4 ans vivant dans ce ménage ? **** Oui  Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS et enregistrer « 01 ». Passer ensuite au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS à administrer au  même répondant ou à la même répondante.  **** Non  Vérifier HL6 et la colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, QUESTIONNAIRE MÉNAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d’un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le QUESTIONNAIRE ENFANT ET ADOLESCENT DE 5-17 ANS dans ce ménage ? **** Oui  Aller à UF17 sur le PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS et enregistrer « 01 ». Passer ensuite au QUESTIONNAIRE ENFANT ET ADOLESCENT DE 5 À 17 ANS  à administrer au même répondant ou à la même répondante. **** Non  Aller à UF17 sur le PANNEAU D'INFORMATION DE L’ENFANT DE MOINS DE CINQ ANS et enregistrer « 01 ». Terminer l'entretien avec cette personne en la remerciant pour sa coopération.  Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage. |

|  |  |
| --- | --- |
| **UF17**. Résultat de l'entretien pour les enfants âgés de moins de 5 ans. Les codes se réfèrent au répondant. Discuter de tout résultat non complété avec le chef d’équipe. | CompletÉ 01PAS À LA MAISON 02RefusÉ 03PartIELLEMENT COMPLÉTÉ 04EN INCAPACITÉ (*préciser*) 05pas de consentement d’un adulte pour la mÈRE/PERSONNE QUI S’OCCUPE DE L’ENFANT ÂGÉE DE 15-17 ANS 06AUTRES (*préciser*) 96 |
|  **Observations de l’enquÊtEUR/ENQUÊTRICE** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations DU CHEF D’ÉQUIPE** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MICS logo ALL | FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUESENFANT DE MOINS DE 5 ANSNom et année de l’enquête |  |
| panneau d’information du formulaire de mesures anthropométriques an |
| **AN1**. *Numéro de grappe :* \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | **AN2**. *Numéro du ménage :* \_\_\_ \_\_\_ |
| **AN3**. *Nom et numéro de ligne de l’enfant :*NOM \_\_\_ \_\_\_ | **AN4**. *Âge de l’enfant à UB2 :*Âge (EN ANNÉES RÉVOLUES) \_\_ |
| **AN5**. *Nom et numéro de ligne de la mère/gardien(ne) :*NOM \_\_\_ \_\_\_ | **AN6**. *Nom et numéro de l’enquêteur.rice :*Nom \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES |  |  |
| **AN7**. *Nom et numéro du mesureur :* | Nom \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ |  |
| **AN8**. *Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.* *Plus tard, lors de l'enregistrement du formulaire papier dans CAPI, il faut également s'assurer que les enregistrements sont vérifiés par le mesureur.* | Kilogrammes (kg) \_\_\_ \_\_\_ **.** \_\_\_Enfant pas prÉsent aprÈs visites 99.3refus de l’enfant 99.4refus du ou de la rÉpondante 99.5AUTRES (*préciser*) 99.6 | 99.3*AN14*99.4*AN10*99.5*AN10*99.6*AN10* |
| **AN9**. *L'enfant a-t-il été déshabillé au minimum, c'est-à-dire qu'il n'a porté que des vêtements très légers ou des sous-vêtements ?* | oui 1Non, L'ENFANT N'A PAS PU ÊTRE DÉSHABILLÉ AU MINIMUM 2 |  |
| **AN10**. *Vérifier AN4 : Âge de l’enfant ?* | 0 ou 1 an 12, 3 ou 4 ans 2 | 1*AN11A*2*AN11B* |
| **AN11A**. *L’enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.* *Plus tard, lors de l'enregistrement du formulaire papier dans CAPI, il faut également s'assurer que les enregistrements sont vérifiés par le mesureur.***AN11B**. *L’enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur :* *Redire au mesureur la mesure et s’assurer qu’il/elle a bien vérifié votre enregistrement.* *Plus tard, lors de l'enregistrement du formulaire papier dans CAPI, il faut également s'assurer que les enregistrements sont vérifiés par le mesureur.* | LONGUEUR/TAILLE (cm) \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ . \_\_\_refus de l’enfant 999.4refus du ou de la rÉpondante 999.5AUTRES (*préciser*) 999.6 | 999.4*AN14*999.5*AN14*999.6*AN14* |
| **AN12**. *Comment est-ce que l’enfant a été mesuré ? Couché ou debout ?* | couCHÉ 1DEBOUT 2 |  |
| **AN13***. La mesure enregistrée a-t-elle été perturbée par des cheveux tressés ou ornementés ?* | OUI, LES CHEVEUX ONT GÊNÉ LES MESURES 1NoN 2 |  |
| **AN14**. *Date des mesures : Jour/Mois/Année :*\_\_\_ \_\_\_ /\_\_\_ \_\_\_ / 2 0 2 \_\_\_ |  |  |
| **AN15**. Est-ce qu’il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n’a pas encore été mesuré ? | oui 1Non 2 | 1*Enfant suivant* |
| **AN16**. Remercier la personne qui a répondu pour sa coopération et informer votre chef d’équipe que vous et le mesureur avez fini toutes les mesures de ce ménage. |

|  |
| --- |
|  **Observations de l’enquÊteur/enquÊtrice POUR LE FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES**  |
|  |

|  |
| --- |
| **OBSERVATIONS DU MESUREUR POUR LE FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES** |
|  |

|  |
| --- |
| **Observations DU CHEF D’ÉQUIPE POUR LE FORMULAIRE DE MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES**  |
|  |