

Section Anthropométrie

1. A remplir par l'enquêteur

Avant de commencer l'interview et après les salutations d'usage énoncer le paragraphe en gris

0.0 _____
Nom enquêteur

0.1 - |__|__|
ID Enquêteur

0.2 - **Date:** |__|__| / |__|__| / 2005
 jour mois
 Noms localité Codes

0.3 - Région _____ |__|

0.4 - Cercle _____ |__|

0.5 - Commune _____ |__|__|__|

0.6 - Village _____ |__|__|__|

0.7 - Strate _____ |__|
Code questionnaire

0.8 |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|
Région Cercle Commune Village Strate Numéro du ménage

Mon nom est [Nom enquêteur].

Le gouvernement du Mali et ses partenaires (PAM, UNICEF...) travaillent sur une étude portant sur la sécurité alimentaire et la nutrition des ménages. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage et aussi peser et mesurer vos enfants qui ont moins de 5 ans. Nous poserons quelques questions au chef du ménage, aux mamans des enfants ou à toute autre personne du ménage qui s'occupe d'un enfant de moins de 5 ans.

Toutes les informations recueillies resteront strictement confidentielles. La participation à cette étude est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à tout ou partie des questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette étude car votre opinion permettra au gouvernement et à ses partenaires de mieux apprécier vos besoins d'assistance. Vos réponses n'affecteront en aucune façon votre accès à tous les programmes d'assistance. Avez-vous des questions particulières ?

Cette enquête a été réalisée avec le financement de :



Et la collaboration technique, logistique et humaine de :



Signature de l'enquêteur:

2. A compléter par le superviseur

0.9- Numéro du Questionnaire/ménage:

|__|__|

0.10 - Nom du chef de ménage

0.11 - Date: |__|__| / |__|__| / 2005
 jour mois

0.12 - |__|__|
Code Superviseur

Remarques:

Signature du Superviseur :

3. A compléter par l'agent de saisie

0.13 - Date: |__|__| / |__|__| / 2005
 jour mois

0.14 - |__|__|
Code agent de saisie

Remarques:

Signature de l'agent de saisie:

SECTION 9 – SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

Les questions qui suivent s'adressent uniquement aux femmes dans le ménage dont l'âge est compris entre 15 et 50 ans

(On se limitera aux femmes ayant en charge des enfants de moins de 5 ans).

Nb : Si il y a plus de 3 femmes de 15 à 50 ans ayant un enfant de <5 ans, choisir les Femmes ayant eu les 3 derniers accouchements

No Fem	9.1- Prénom Femme	9.2 – Quel est votre âge?	9.3 – Etes-vous actuellement enceinte ou allaitant?	9.4a- Si enceinte, de combien de mois êtes-vous êtes enceinte	9.4b- Si enceinte, prenez-vous des comprimés fortifiants ferriques	9.4c- Si oui, combien de comprimés avez-vous pris les 7 derniers jours?	9.4d - Avez-vous déjà reçu des soins prénataux ? Si oui qui avez vous a consulté ?	9.4e - Si oui, Combien de fois avez- vous visité ces personnes pour les soins prénataux ?	9.4f - Avez-vous pris médicament pour prévention paludisme depuis que vous êtes enceinte ?	9.5 - Combien de grossesses avez-vous faites (Y compris votre grossesse actuelle)?	9.6- Combien de fois avez- vous avorté ou accouché d'un mort- né?
1											
2											
3											
			1 = Enceinte 2 = Allaitant → 9.4f 3 = Ni enceinte ni allaitant → 9.5 4 = Enceinte et allaitant 5 = Ne sait pas	(0 – 9 mois)	1 = Oui 2 = Non → 9.4d		1 = Pas de soins prénataux 2 = Médecin 3 = Infirmier/ Sage-femme 4 = Accoucheuse traditionnelle/Matrone 5 = Agent de santé communautaire 6 = Parent/ami 7 = Autre à préciser		1 = Oui 2 = Non		(avortement ou fausses- couches)

No Fem	9.7- Combien d'enfants vivants avez-vous?	9.8- Quel âge avez- vous lors de votre premier accouchement?	9.9- Dans les quarante jours qui ont suivi votre dernier accouchement, avez- vous reçu une capsule de vitamine A ?	9.10 – Durant les 2 dernières semaines, avez- vous souffert d'une diarrhée?	9.11 – Durant les 2 dernières semaines, avez- vous souffert d'une fièvre?	9.12a - Avez-vous une moustiquaire dans la maison ?	9.12b - La nuit dernière avez-vous dormi sous une moustiquaire ?	9.12c - La nuit dernière votre enfant a- t-il dormi sous une moustiquaire?	9.12d - Cette moustiquaire était-elle imprégnée d'insecticide ?
1									
2									
3									
			1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non → 9.13	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non

No Fem	9.13 - L'eau que vous donnez à votre enfant est-elle filtrée ou bouillie ?	9.14 - Avez-vous l'habitude de vous laver les mains et avec quoi ? TRANSCRIRE LE CODE DE LA REPONSE						9.15 - Statut matrimonial mère	9.16 - Niveau d'instruction mère	9.17- Est-ce vous vous occupez d'un enfant âgé de 0 à 6 mois ?
		9.14a - Avant de manger	9.14b - Avant de préparer un repas	9.14c - Avant de faire manger à l'enfant	9.14d - Après avoir mangé	9.14e - Après avoir allée aux toilettes	9.14f - Après avoir lavé l'enfant qui était aux toilettes			
1	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
2	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
3	__	__	__	__	__	__	__	__	__	__
	1 = Oui, toujours 2 = Oui, parfois 3 = Non	0 = Rien 1 = Eau seule 2 = Savon ou détergent						1 = Mariée 2 = Célibataire 3 = Divorcée / Séparée 4 = Veuve	1 = Sans 2 = Primaire 3 = Secondaire 4 = Supérieur 5 = Coranique 6 = Alphabétisée	1 = Oui 2 = Non → Section 10

Les questions suivantes seront essentiellement adressées aux femmes s'occupant des enfants de moins de 6 mois

No Fem	9.18 - Combien de temps après la naissance l'enfant a été allaité pour la première fois ?	9.19 - Quel est l'âge exact de l'enfant (en mois) ?	9.20 - Quel est le sexe de l'enfant ?	9.21- Avez-vous donné à l'enfant un aliment avant le premier allaitement ?	9.22 - Avez-vous donné à l'enfant le colostrum ?	9.23- Est-ce l'enfant est allaité actuellement ?	9.24- Si non, pendant combien de temps il a été allaité (en mois) ?	9.25 - Jusqu'à quel âge l'enfant a été allaité uniquement au sein (en mois) ?	9.26- Est-ce que les aliments solides sont introduits dans l'alimentation de l'enfant ?	9.27- Si oui, depuis quand les aliments solides sont-ils introduits dans la nourriture de l'enfant (en mois)?
1	__	__ __	__	__	__	__	__ __	__ __	__	__ __
2	__	__ __	__	__	__	__	__ __	__ __	__	__ __
3	__	__ __	__	__	__	__	__ __	__ __	__	__ __
	1 = Dans les 30 min 2 = 30 min - 59 min 3 = 1 H - 12 H 4 = 12 H - 24 H 5 = Plus d'un jour		1= masculin 2= Féminin	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non			1 = Oui 2 = Non → Section 10	

SECTION 10 – SANTE NUTRITION DES ENFANTS DE 6 A 59 MOIS (ASSUREZ VOUS QUE LES CODES DES 3 FEMMES DE LA SECTION 9 CORRESPONDENT DANS LA SECTION 10)

10.1 - No Fem (de section 9)	10.2a- ID enfant	10.2b - Nom enfant	10.2c - Age de l'enfant	10.2d - Date de naissance de l'enfant	10.2e - Sexe	10.2f - Rang dans la fratrie	10.3 - Qui s'occupe de l'enfant	10.4a - Quel est le poids de l'enfant ?	10.4b - Quelle est la taille de l'enfant ?	10.4c - L'enfant présente t-il des oedèmes ?	10.4d - Aspect Nutritionne l
_	1		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	2		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	3		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	4		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	5		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	6		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	7		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	8		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	9		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
_	10		_ _		_	_	_	_ _ , _	_ _ _ , _	_	_
			En mois	(JJ/MM/AAAA) (si disponible)	1 = Masculin 2 = Féminin	1 = Premier enfant 2 = Deuxième 3 = Troisième 4 = Quatrième 5 = Cinquième 6 = Sixième 7 = Septième	1 = Mère 2 = Sœur 3 = Grand mère 4 = Nourrice 5 = Parente 6 = Autre	(en kg), 1 chiffre après virgule	(en cm), 1 chiffre après virgule	1 = Oui 2 = Non	1 = Bon 2 = Moyen 3 = Mauvais

ID Enfant	10.5a - L'enfant présente t-il un handicap ?	10.5b - Si oui quel type d'handicap affecte cet enfant ?	10.6a - L'enfant est-il actuellement allaité	10.6b - Age sevrage (mois) Arrêt définitif de allaitement maternel	10.6c - Age ablactation (mois) Si enfant n'a pas subi d'ablactation mettre tiret	10.7a - L'enfant est-il tombé malade durant les 7 derniers jours.	10.7b - Quelle a été la maladie contractée par l'enfant ?	10.8a - L'enfant a-t-il été vacciné	10.8b - L'enfant a-t-il été vacciné contre la rougeole ?	10.8c - L'enfant possède-t-il un carnet de vaccination ?
1	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
2	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
3	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
4	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
5	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
6	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
7	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
8	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
9	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
10	__	__	__	__ __	__ __	__	__	__	__	__
	1 = Oui 2 = Non	1 = Difficultés motrices (jambe, bras,...) 2 = Difficultés visuelles (nuit et/ou jour) 4 = Retard mental 5 = Maladie chronique 6 = Autre handicap	1= Oui lait maternel exclusif → 10.7a 2= Oui avec Apport autre lait → 10.7a 3= Non	(en mois)		1 = Oui 2 = Non → 10.8a	1 = Diarrhée (3 selles molles ou liquides ou plus par jour) 2 = Fièvre avec éruption cutanée 3 = Fièvre sans une éruption cutanée 4 = Toux avec difficultés respiratoires 5 = Diarrhée (3 selles molles ou liquides ou plus par jour, avec présence de sang) 6 = Troubles visuelles (crépuscule et tombée de la nuit) 7 = Autres _____	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non	1 = Oui 2 = Non

Ord Enfant	10.9- En moyenne, combien de repas par jour sont consommés par les enfants du ménage ?	10.10 - Quels sont les aliments consommés par les enfants du ménage durant les dernières 24 heures ? SELECTIONNER LES REPONSES													10.11- Quelle est la source de l'eau consommée par les enfants du ménage ?
		1 Céréales <i>1 = Oui 2 = Non</i>	2 Légume s <i>1 = Oui 2 = Non</i>	3 Tubercul es <i>1 = Oui 2 = Non</i>	4 Légumin euse <i>1 = Oui 2 = Non</i>	5 Fruits <i>1 = Oui 2 = Non</i>	6 Viande <i>1 = Oui 2 = Non</i>	7 Poisson <i>1 = Oui 2 = Non</i>	8 Volaille <i>1 = Oui 2 = Non</i>	9 Œufs <i>1 = Oui 2 = Non</i>	10 Lait <i>1 = Oui 2 = Non</i>	11 Dérivé lait <i>1 = Oui 2 = Non</i>	12 Sucre <i>1 = Oui 2 = Non</i>	13 Sel <i>1 = Oui 2 = Non</i>	<i>1 = Robinet 2 = Forage 3 = Puits 4 = Puitsard 5 = Eau de surface 6 = Eau filtrée ou stérilisée 7 = Autre</i>
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>