République de Djibouti
Unité – Egalité - Paix

Ministère de la Santé

Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples (EDIM 2006)

Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques
DISED

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS

Ministère de la Santé

Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples (EDIM 2006)

Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques
DISED

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS	**UF**
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). *Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.* *Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardienne dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.*	
UF1. Numéro de grappe : ___ ___ ___	UF2. Numéro de ménage : ___ ___ ___
UF3. Nom de l'enfant : _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : ___ ___
UF5. Nom de la mère/gardienne: _____	UF6. Numéro de ligne de la mère/gardienne : ___ ___
UF7. Nom et numéro de code de l'enquêtrice : _____ ___ ___	UF8. Jour/Mois/Année de l'interview : ___ ___ / ___ ___ / ___ ___ ___ ___
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans *(Les codes font référence à la mère/gardienne).*	Rempli ..... 1 Pas à la maison ..... 2 Refusé ..... 3 Rempli partiellement ..... 4 Incapacité ..... 5 Autre (*à préciser*) _____ 6

UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (*nom*). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (*nom*) EST-IL/ELLE NE/E ? *Insister :* QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? *Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.*	Date de naissance : Jour ..... __ __ NSP jour ..... 98 Mois ..... __ __ Année ..... __ __ __ __	
UF11. QUEL AGE AVAIT (*nom*) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? *Inscrire l'âge de l'enfant en années révolues.*	Âge en années révolues ..... __	

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:* ***Enfant âgé entre 3 et 4 ans ?***

☐ *Oui.* ⇨ *Continuer avec BR6*

☐ *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	Personne
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/gardienne		
CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAIT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRES *Si aucun, enregistrer 00*	Nombre de livres pour adultes 0 __ Dix livres pour adultes ou plus 10	
CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRES AVEZ-VOUS POUR (*nom*)? *Si aucun, enregistrer 00*	Nombre de livres pour enfants 0 __ Dix livres pour enfants ou plus 10	
CE3. JE VOUDRAIS CONNAITRE LES OBJETS QUE (*nom*) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. AVEC QUOI (*nom*) JOUE-T-IL/ELLE? EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : • OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATES, TASSES, POTS? • OBJETS ET MATERIELS RAMASSES EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OR FEUILLAGE? • JOUETS FABRIQUES A LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON? • JOUETS ACHETES DANS UN MAGASIN? *Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sure de la réponse* *Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés*	Objets pour le ménage (vaisselle, plates, tasses, pots) ……...A Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage) …….....B Jouets fabriqués à à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison) ……...C Jouets achetés dans un magasin ……D Pas de jouets mentionnés ……..Y	
CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVER LES VETEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS A D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (*nom*) A-T-IL/ELLE ETE LAISSE(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST A DIRE A QUELQU'UN AGE DE MOINS DE 10 ANS)? *Si aucun, enregistrer 00*	Nombre de fois __ __	
CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIERE COMBIEN DE FOIS (*nom*) A-T-IL/ELLE ETE LAISSE(E) SEUL(E)? *Si aucun, enregistrer 00*	Nombre de fois __ __	
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (*nom*) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps A B X Y	

MODULE SUR LA VITAMINE A		**VA**
VA1. (*Nom*) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? *Montrer la capsule ou le flacon pour différentes doses :* *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 (*nom*) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨BF3 8⇨BF3
BF2. ALLAITEZ-VOUS ENCORE (*nom*) ?	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 POUDRE OU LAIT FRAIS BF3G. AUTRES LIQUIDES? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?	O N NSP 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	
BF4. *Vérifier BF3H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ?* ☐ *Oui. ⇨ Continuer avec BF5* ☐ *Non ou NSP. ⇨ Passer au Module Suivant*		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (*nom*) 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
CA1. EST-CE-QUE (*nom*) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE? *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.*	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	 2⇨CA5 8⇨CA5
CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (*nom*) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE : *Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.*	O N NSP	
CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (*nom local du sachet de SRO*)?	A. Liquide SRO préparé..... 1 2 8	
CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?	B. Liquide maison 1 2 8	
CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLE ?	C. Liquide SRO préemballé 1 2 8	
CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (*nom*), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ou rien ..... 1 Environ la même quantité (ou un peu moins) ..... 2 Plus ..... 3 NSP..... 8	
CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (*nom*), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? *Si « moins », insister :* BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?	Rien..... 1 Beaucoup moins ..... 2 Un peu moins..... 3 Environ la même quantité ..... 4 Plus ..... 5 NSP..... 8	
CA4a. *Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ?* ☐ *Oui.⇨ Continuer avec CA4B* ☐ *Non.⇨ Passer à CA5*		
CA4b. Où avez-vous reçu le *(NOM DU SACHET DE SRO DE CA2A) ?*	**Secteur public** Hôpital gouvernemental ……11 Centre de santé gouvernemental ……12 Poste de santé gouvernemental ……..13 Agent de santé communautaire ……..14 Clinique mobile/communautaire ……15 Autre public (*à préciser*) ……..16 **Secteur médical privé** Clinique/Hôpital privé(e) …….. 21 Médecin privé ……22 Pharmacie privée ……... 23 Clinique mobile ……..24 Autre médical privé(*à préciser*)_____26 **Autres sources** Parent ou ami ……..31 Magasin ……..32 Guérisseur traditionnel ……...33 Autre (*à préciser*) ……96 NSP……98	

CA4c. Combien avez-vous payé pour le *(NOM DU SACHET DE SRO DE CA2A) ?*	Monnaie FrDj __ __ __ __ Gratuit 9996 NSP 9998	
CA5. EST-CE QUE (*nom*) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA6. QUAND (*nom*) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?	Problème dans la poitrine ..... 1 Nez bouché ..... 2 Les deux ..... 3 Autre (*à préciser*) _____ 6 NSP 8	 2⇨CA14 6⇨CA14
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA10 8⇨CA10
CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS *Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.* *S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.* _____ *(Nom de l'endroit)*	**Secteur public** Hôpital gouvernemental ..... A Centre de santé gouvernemental ..... B Poste de santé gouvernemental ..... C Agent de santé villageois ..... D Clinique mobile/communautaire ..... E Autre public (*à préciser*) _____ H **Secteur médical privé** Hôpital privé/clinique privée ..... I Médecin privé ..... J Pharmacie privé ..... K Clinique mobile ..... L Autre médical privé (*à préciser*) _____ O **Autre source** Parent(e) ou ami(e) ..... P Magasin ..... Q Guérisseur traditionnel ..... R Autre (*à préciser*) _____ X	
CA10. EST-CE-QUE (*nom*) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨CA14 8⇨CA14
CA11. QUEL MEDICAMENT(*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? *Encercler tous les médicaments mentionnés.*	Hiconcil/e ..... A Paracetamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibupropfen ..... R Autre (*à préciser*) _____ X NSP ..... Z	

Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois. 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 ? *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.*	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 Autre (*à préciser*)_____ X Autre (*à préciser*)_____ Y Autre (*à préciser*)_____ Z	

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 Oui, pas vue ..... 2 Non 3	 2⇨IM10 3⇨IM10

		(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 *(Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B).* Non ..... 2 NSP 8	1⇨IM19 2⇨IM19 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 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨IM19 8⇨IM19

IM11. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
IM12. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER 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 ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES 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 ETE DONNE ?	Nombre de fois ..... __ __	
IM15. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME 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 (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - 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	
IM18. EST-CE QUE (*nom*) A REÇU UNE « VACCINATION 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 ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAIT, SI (*nom*) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE 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. VERIFIEZ si toutes les vaccines ONT ETE ADMINISTREES A 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 (*nom*) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (*jour de la semaine*) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨ML10 8⇨ML10
ML2. EST-CE- QUE (*nom*) 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 (*nom*) 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 ETALISSEMENT SANITAIRE, (*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? *Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.*	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 (*nom*) 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 (*nom*) 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 (*nom*) A-T-IL/ELLE PRIS ? *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.*	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)?*

☐ *Oui.* ⇨ *Continuer avec ML9*

☐ *No.* ⇨ *Passer à ML10*

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*) ? *S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.* *Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.*	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	
ML10. EST-CE QUE (*nom*) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨MN16 8⇨MN16
ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ? *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.*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois ..... 95 Pas sûre 98	
ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP /pas sûre 8	
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 ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	2⇨MN16 8⇨MN16
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 ? *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*	Mois ..... __ __ Plus de 24 mois ..... 95 NSP/Pas sûre 98	

ML16. *Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardienne ?*
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.

☐ *Oui.* ⇨ *Fin du présent questionnaire ; et puis*
Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'enfant éligible suivant.

☐ *Non.* ⇨ *Fin de l'interview. Remercier l'enquêtée de sa collaboration.*

Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.

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:* ☐ *Enfant âgé de moins de 2 ans.* ⇨ *Mesure de la taille (en position allongée).* ☐ *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.*

Ministère de la Santé

Enquête Djiboutienne à Indicateurs Multiples (EDIM 2006)

Direction de la Statistique et des Etudes Démographiques
DISED