**Questionnaire Enquête Nutritionnelle Standardisée élargie UNHCR - SENS**

**Salutations et lecture des droits :**

CETTE DÉCLARATION DOIT ÊTRE LUE AU CHEF DU MÉNAGE OU, SI CETTE PERSONNE EST ABSENTE, À UN AUTRE ADULTE DU MÉNAGE POUVANT REPRÉSENTER CELUI-CI, AVANT DE COMMENCER L’ENTRETIEN. Le TERME « CHEF DE MÉNAGE » DÉSIGNE LE MEMBRE DE LA FAMILLE QUI GÈRE LES RESSOURCES FAMILIALES ET PREND LES DÉCISIONS FINALES DANS LA MAISON.

* Bonjour Mr/Mme, je m’appelle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ et je travaille pour *[organisation/institution]*. Nous souhaiterions inviter votre ménage à participer à une enquête permettant d’évaluer l’état nutritionnel et de santé des personnes résidant dans *[ce camp/zone d’enquête].*
* Le HCR soutient cette enquête nutritionnelle.
* Votre participation à cette enquête est libre et vous pouvez donc décider de ne pas en faire partie. Si vous participez, vous êtes libre de cesser d’y prendre part à tout moment et ce quel que soit la raison. Si vous ne participez pas à cette enquête, ou si vous cessez d’y participer, il n’y aura aucune conséquence sur la façon dont vous ou votre ménage êtes pris en charge ou sur l’aide dont vous bénéficiez.
* Si vous acceptez de participer, nous vous poserons quelques questions sur votre famille et prendrons les mesures de tous les enfants âgés de 6 à 59 mois *[et/ou des femmes]* faisant partie de votre ménage. En plus de cela, nous prélèverons une petite quantité de sang au bout du doigt des enfants et des femmes non enceintes afin d’évaluer s’ils souffrent d’anémie.
* Avant de commencer à vous poser des questions ou à prendre des mesures, nous vous demanderons votre consentement verbal à participer à l’enquête. Soyez assuré(e) que toute information que vous fournirez restera strictement confidentielle.
* Vous pouvez me poser toutes les questions que vous souhaitez au sujet de cette enquête avant de décider de votre participation.
* Si vous ne comprenez pas les informations suscitées, ou si vous n’êtes pas satisfait(e) des réponses apportées à vos questions, ne donnez pas votre consentement à participer à cette enquête. Merci.

**LES NOMS DES VARIABLES SENS STANDARDS SONT PRÉSENTÉS EN ROUGE.**

**LES VARIABLES D’IDENTIFICATION SONT PRESENTÉES EN BLEU ET ELLES DOIVENT ÊTRE ADAPTÉES AU CONTEXTE DE L’ENQUÊTE (EX : DESIGN DE L’ENQUÊTE, CAMPS MULTIPLES, DISPOSITION DU CAMP).** Veuillez noter que dans certains camps, les termes « bloc » et « section » peuvent ne pas être utilisés au profit d’autres termes (ex : « quartier » ou « cellule »). Adapter la formulation selon le contexte.

**LES NOMS DES VARIABLES SENS OPTIONNELLES SONT PRESENTÉS EN VERT.**

LE TEXTE EN MAJUSCULES apparaissant dans des zones violettes correspond aux instructions à l’attention des enquêteurs. Elles ne doivent pas être supprimées et ne doivent pas être lues aux répondants lors des entretiens.

**DÉMOGRAPHIE**

**1 questionnaire par ménage**

CE questionnaire doit Être administrÉ AU CHEF DU MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION DM1 : Informations sur le Chef de Ménage** |
| **Note** | CEs questions doivent Être administrÉes AU CHEF De MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE. |
| **DM1A** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE.**DMCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **DM1B** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien en utilisant la collecte de données mobile (utilisation du smartphone ou de la tablette)?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE.**MDCCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **DM2** | Quel est le sexe du chef de ménage ?LE CHEF DU MÉNAGE EST LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA PRISE DE DÉCISIONS POUR LE MÉNAGE DANS SON ENSEMBLE. UTILISER LE TERME CONVENU D’UTILISER LORS DE LA FORMATION.**HHHSEX** | Masculin mFéminin f | |\_\_\_| |
| **DM3** | Quel est l’âge du chef de ménage (en années) ?IL N’Y A PAS BESOIN DE VÉRIFIER AVEC UN DOCUMENT OFFICIEL MENTIONNANT L’ÂGE OU LA DATE DE NAISSANCE.**Limite inférieure=6****Limite supérieure=98****HHHAGE** | ENREGISTRER LE NOMBRE D’ANNÉES ENREGISTRER « 97 » SI 97 ANS OU PLUS. ENREGISTRER « 98 » SI LE NOMBRE D’ANNÉES N’EST PAS CONNU. | |\_\_\_|\_\_\_| ans |
| **DM4** | Quel est le pays d’origine du chef de ménage ? (OPTIONNEL)**HHHCTRY** | Pays A ………………………………………………..… 1Pays B ………………………………………………..… 2Pays C ………………………………………………..… 3Pays D ………………………………………………..… 4Pays E ………………………………………………..… 5Autre …….………...…………………………….….... 6Ne sait pas ..……………………………………….… 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION DM2 : SENS Populations mixtes (Contextes en dehors des camps) (si applicable)** |
| **Note** | CEs questions doivent Être administrÉes AU CHEF De MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE. EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES RÉPONSES À CES QUESTIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES. |
| **DM5** | Le chef de ménage est-il un ressortissant de ce pays [INSÉRER LE NOM DU PAYS] ? (SI APPLICABLE)**HHHHOST** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À DM7** |
| **DM6** | Le chef de ménage a-t-il été contraint de quitter son lieu d’origine ? (SI APPLICABLE)**HHHIDP** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_|**ALLER À DM8** |
| **DM7** | Le chef de ménage a-t-il été contraint de quitter son pays d’origine pour ce pays [INSÉRER LE NOM DU PAYS] ? (SI APPLICABLE)**HHHREFUG** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION DM3 : Enquête sur les membres du ménage** |
| **DM8** | Quel est le nombre total de membres au sein du ménage ?**Limite inférieure=1****Limite supérieure=30****DMHHSIZE** | ENREGISTRER LE NOMBRE RAPPORTÉ. | |\_\_\_|\_\_\_| personne(s) |
| **Note** | DEMANDER AU RÉPONDANT SI TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE SONT comptabilisÉs ET SI PERSONNE NE MANQUE.CEs questions doivent Être COMPLÉTÉes POUR CHAQUE MEMBRE QUI VIT DANS LE MÉNAGE. |
| **DM9** | Nom du membre du ménageENREGISTRER LE PRÉNOM SEULEMENT.**NAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **DM10** | Quel est le sexe du membre du ménage ?**HHMSEX** | Masculin mFéminin f | |\_\_\_| |
| **DM11** | Quel est l’âge du membre du ménage (en années) ?IL N’Y A PAS BESOIN DE VÉRIFIER AVEC UN DOCUMENT OFFICIEL MENTIONNANT L’ÂGE OU LA DATE DE NAISSANCE.**Limite inférieure=0****Limite supérieure=98****HHMAGE** | ENREGISTRER LE NOMBRE D’ANNÉES. SI L’ÂGE EST INFÉRIEUR À 1 AN, ENREGISTRER ‘0’. ENREGISTRER « 97 » SI 97 ANS OU PLUS. ENREGISTRER « 98 » SI LE NOMBRE D’ANNÉES N’EST PAS CONNU. | |\_\_\_|\_\_\_| ans |
| **DM12** | Est-ce que le membre du ménage est actuellement enceinte ?**HHMPREG** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION DM4 : Informations sur l’arrivée dans le pays d’asile (optionnel/si applicable)** |
| **Note** | EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES RÉPONSES À CES QUESTIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET QUE CELA N’AFFECTERA PAS L’ASSISTANCE QU’ILS REÇOIVENT / À LAQUELLE ILS ONT DROIT. |
| **DM13** | Est-ce que les membres de votre ménage sont arrivés à [*nom du camp/pays d’asile]* tous en même temps ?(OPTIONNEL/SI APPLICABLE)**ARRIVE** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À DM15** |
| **DM14** | Quand les membres de votre ménage sont-ils arrivés à [*nom du camp/pays d’asile]*? (OPTIONNEL/SI APPLICABLE)**ARRIDATE** | Il y a 1 mois [*INSÉRER MOIS]* 01Il y a 2 mois [*INSÉRER MOIS]* 02Il y a 3 mois [*INSÉRER MOIS]* 03Il y a 4 mois [*INSÉRER MOIS]* 04Il y a 5 mois [*INSÉRER MOIS]* 05Il y a 6 mois [*INSÉRER MOIS]* 06Il y a 7 mois [*INSÉRER MOIS]* 07Il y a 8 mois [*INSÉRER MOIS]* 08Il y a 9 mois [*INSÉRER MOIS]* 09Il y a 10 mois [*INSÉRER MOIS]* 10Il y a 11 mois [*INSÉRER MOIS]* 11Il y a 12 mois [*INSÉRER MOIS]* 12Il y a 1-2 ans 13Il y a 2-3 ans 14Il y a > 3 ans 15Autre [*À ADAPTER*] 16Ne sait pas ………………………….………………98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **DM15** | Le consentement a-t-il été donné pour enregistrer les coordonnées GPS du ménage ? (OPTIONNEL)**GPSCONST** | Oui 1Non 2 | |\_\_\_| |
| **Note** | Messages de résuméREPORTER LES DONNÉES DE RÉSUMÉ FOURNIES CI-DESSOUS SUR LA FICHE DE CONTRÔLE DES PARTICIPANTS ET DES MESURES. |
| **DM16** | **Nombre total d’enfants de moins de 5 ans (0-4 ans)**|\_\_\_|\_\_\_| **enfants de moins de 5 ans****TOTU5** |
| **DM17** | **Nombre total de femmes âgées de 15 à 49 ans**|\_\_\_|\_\_\_| **femmes****TOTWM** |
| **DM18** | **Nombre total de femmes enceintes âgées de 15 à 49 ans**|\_\_\_|\_\_\_| **femmes enceintes****TOTPREG** |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |

|  |
| --- |
| **Résumé** |
| **Age en années** | **Féminin** | **Masculin** | **Total** |
| **U2****(0-1 an)** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTFU2** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTMU2** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTU2** |
| **U5****(0-4 ans)** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTFU5** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTMU5** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTU5** |
| **5-14****(5-14 ans)** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTF514** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTM514** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOT514** |
| **14 ans ou moins (0-14 ans)** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTFU15** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTMU15** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTU15** |
| **Entre 15 et 64 ans** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTF1564** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTM1564** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOT1564** |
| **65 ans et plus** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTF65OLD** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOTM65OLD** | |\_\_\_|\_\_\_|**TOT65OLD** |
| **Taille total du ménage****(tous âges confondus)** | |\_\_\_|\_\_\_|**HHFSIZE** | |\_\_\_|\_\_\_|**HHMSIZE** | |\_\_\_|\_\_\_|**DMHHSIZE** |

**SÉCURITÉ ALIMENTAIRE : 1 questionnaire par ménage**

CE questionnaire doit Être administrÉ À la personne principalement en charge de la prÉparation des repas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION FS1 : Assistance alimentaire et Combustible pour la cuisson (si applicable)** |
| **Note** | CEs questions doivent Être administrÉes À la personne principalement en charge de la prÉparation des repas. |
| **FS1** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE.**FSCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **FS2** | Au sein de quelle catégorie d’assistance votre ménage appartient-il ? (SI APPLICABLE)**HHASSIST** | Catégorie A 1Catégorie B 2Catégorie C 3Catégorie D 4Autre 6Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **FS3** | Est-ce que votre ménage reçoit une assistance alimentaire (distribution générale de vivres en nature et/ou transferts d’espèces et/ou coupons alimentaires) [INSÉRER LES NOMS LOCAUX DES PROGRAMMES D’ASSISTANCE ALIMENTAIRE] ?**FOODASS** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 1 OU 8 ALLER À FS5** |
| **FS4** | Pourquoi n’avez-vous pas accès aux programmes d’assistance alimentaire [INSÉRER LES NOMS LOCAUX DES PROGRAMMES D’ASSISTANCE ALIMENTAIRE]?**YNOFOODA** | Carte de ration et/ou transferts d’espèces et/ou coupon alimentaire non remis même si éligible 1Pas enregistré 2Enregistré mais non-éligible 3Autre 6Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**ALLER À FS10** |
| **FS5** | Combien de jours les vivres distribués lors de la distribution générale de vivres en nature du dernier cycle de [INSÉRER NOMBRE DE JOURS] [INSÉRER MOIS DU DERNIER CYCLE] ont-ils duré ? (SI APPLICABLE)**Limite inférieure=1****Limite supérieure=98****GFDLAST** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS. ENREGISTRER ‘98’ SI LE NOMBRE DE JOURS N’EST PAS CONNU. | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **FS6** | Est-ce que votre ménage reçoit un transfert d’espèces pour subvenir à ses besoins de base [INSÉRER LE NOM LOCAL DU PROGRAMME CASH-FOR-FOOD] ? (SI APPLICABLE)**CASH** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À FS8** |
| **FS7** | Comment avez-vous dépensé l’argent reçu lors du transfert d’espèces en [INSÉRER MOIS DU DERNIER CYCLE] ? (SI APPLICABLE)SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S’APPLIQUENT.**CASHSPNT: FOOD / WATER / HYGIENE / HEALTH / HOUSE / FUELA / LIVELI / DEBTS / SAVING / EDUCA / OTHER / DKN** | Nourriture 01Eau 02Articles d’hygiène, vêtements, chaussures 03Frais médicaux (y compris les médicaments) 04Loyer, réparation du logement, articles ménagers (matelas, couverture, jerrycan), services publics et factures (ex : électricité, eau, crédits téléphoniques) 05Bois de chauffage/combustible pour la cuisson ou le chauffage 06Actifs pour une activité de subsistance (semences, outils, agriculture, pêche, petit commerce, etc.) 07Remboursement de dette(s) 08Économies ou donation(s) à d’autres membres de la famille, parents, amis 09Education (ex : frais de scolarité, uniforme, livres) 10Autre 96Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **FS8** | Est-ce que votre ménage reçoit des coupons alimentaires [INSÉRER LE NOM LOCAL DES COUPONS ALIMENTAIRES] pour les besoins alimentaires de base ? (SI APPLICABLE)**VOUCHER** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………….8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À FS10** |
| **FS9** | Avez-vous vendu des coupons, ou les produits auxquels vous avez eu accès grâce aux coupons, reçus en [INSÉRER MOIS DU DERNIER CYCLE OU DERNIÈRE DISTRIBUTION] pour accéder à d’autres biens ou services ? (SI APPLICABLE)**SELLVOU** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………….8 | |\_\_\_| |
| **FS10** | Quels sont les besoins de base de votre ménage que vous ne parvenez pas à satisfaire ?NE PAS LIRE LES RÉPONSES. SÉLECTIONNER TOUTES LES RÉPONSES QUI S’APPLIQUENT.**NEEDSNOT: FOODB / WATERB / HYGIENEB / HEALTHB / HOUSEB / FUELB / LIVELIB / DEBTSB / SAVINGB / EDUCAB / NEEDSMET / OTHERB / DKNB** | Nourriture 01Eau 02Articles d’hygiène, vêtements, chaussures 03Frais médicaux (y compris les médicaments) 04Loyer, réparation du logement, articles ménagers (matelas, couverture, jerrycan), services publics et factures (ex : électricité, eau, crédits téléphoniques) 05Bois de chauffage/combustible pour la cuisson ou le chauffage 06Actifs pour une activité de subsistance (semences, outils, agriculture, pêche, petit commerce, etc.) 07Remboursement de dette(s) 08Économies ou soutien financier envers d’autres membres de la famille, parents, amis 09Education (ex : frais de scolarité, uniforme, livres) 10Tous les besoins de base sont satisfaits…11Autre 96Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **FS11** | Quel combustible de cuisson votre ménage utilise-t-il habituellement ? (SI APPLICABLE)**HHFUEL** | Bois 01Charbon 02Kérosène 03Biogaz 04Gaz de pétrole liquéfié (GPL) 05Ethanol 06Briquettes 07Autre 96Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **FS12** | Est-ce que votre ménage bénéficie d’une assistance pour le combustible de cuisson ? (SI APPLICABLE)**FUEL** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À FS14** |
| **FS13** | Combien de jours le combustible de cuisson distribué lors du cycle de [INSÉRER] [INSÉRER MOIS DU DERNIER CYCLE] a-t-il duré ? (SI APPLICABLE)**Limite inférieure=1****Limite supérieure=98****FUELLAST** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS. ENREGISTRER ‘98’ SI LE NOMBRE DE JOURS N’EST PAS CONNU. | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **SECTION FS2 : Stratégies d’adaptation négatives et Indice des stratégies simplifié (rCSI)** |
| **Note** | EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES QUESTIONS SUIVANTES S’APPLIQUENT À TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE ET PAS SEULEMENT À LUI/ELLE. |
| **FS14** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin d’empêcher un enfant d’aller à l’école ? (OPTIONNEL)**SCHOOL** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS15** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de vendre des biens que vous n’auriez normalement pas vendu pour acheter de la nourriture ou des produits de première nécessité (par exemple une voiture, une moto, une charrue, une machine à coudre, des outils, des semences, du bétail, des champs) ? (OPTIONNEL)**SELLLIV** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS16** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de demander de l’argent à des étrangers (mendicité)? (OPTIONNEL)**BEG** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS17** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de déménager dans un logement de qualité inférieure ? (OPTIONNEL)**SHELTER** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS18** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin d’envoyer travailler des membres du ménage âgés de moins de 16 ans? (OPTIONNEL)**CHILDLAB** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS19** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin d’envoyer un membre du ménage travailler loin? (OPTIONNEL)**WORKAWAY** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS20** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de participer à des activités contre de l'argent ou des biens qui, à votre avis, pourraient vous faire subir un préjudice, à vous ou à un autre membre de votre ménage (par exemple, activités illégales tel que la chasse ou la pêche, commerce du sexe, trafic de drogue, mariage précoce, appartenance à des groupes armés, etc.). ? (OPTIONNEL)**RISKYACT** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS21** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin d’ignorer le paiement du loyer ou le remboursement de dettes pour répondre à d’autres besoins? (OPTIONNEL)**RENTDEBT** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS22** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de contracter de nouveaux emprunts ou emprunter de l’argent? (OPTIONNEL)**LOANBRW** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **FS23** | Au cours des 4 dernières semaines, est-ce que vous ou quelqu’un de votre ménage avez-eu besoin de réduire les dépenses en articles d'hygiène, en eau, en articles pour bébés, en soins de santé ou en éducation afin de répondre aux besoins alimentaires du ménage. ? (OPTIONNEL)**REDUCE** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **Note** | EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES QUESTIONS SUIVANTES S’APPLIQUENT À TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE ET PAS SEULEMENT À LUI/ELLE. |
| **FS24** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il compté sur des aliments moins chers et/ou non-favoris en raison du manque de nourriture ou d’argent pour acheter de la nourriture ?**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7****LESSEXP** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DE 0 À 7. | |\_\_\_| |
| **FS25** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il emprunté de la nourriture ou compté sur l’aide d’un ami ou d’un membre de la famille en raison d’un manque de nourriture ou d’argent pour acheter de la nourriture ?**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7****BRW** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DE 0 À 7. | |\_\_\_| |
| **FS26** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il réduit le nombre de repas pris dans une journée en raison d’un manque de nourriture ou d’argent pour acheter de la nourriture.?**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7****LESSMEAL** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DE 0 À 7. | |\_\_\_| |
| **FS27** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il limité la taille des portions au cours des repas en raison d’un manque de nourriture ou d’argent pour acheter de la nourriture.?**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7****REDMEAL** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DE 0 À 7. | |\_\_\_| |
| **FS28** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours votre ménage a-t-il réduit la consommation de nourriture des adultes afin que les enfants puissent manger, en raison d’un manque de nourriture ou d’argent pour acheter de la nourriture ?DANS LES MÉNAGES SANS ENFANT DE MOINS DE 5 ANS, LA RÉPONSE DEVRAIT ÊTRE « 0 ».**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7****REDADULT** | ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS DE 0 À 7. | |\_\_\_| |
| **SECTION FS3 : Score de Consommation Alimentaire (SCA) et SCA-Nutrition (SCA-N)** |
| **FS29** | Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé les aliments suivants, préparés et/ou consommés à la maison ?LIRE LA LISTE DES ALIMENTS ET NE PAS INSISTER. Enregistrer uniquement la consommation de quantitÉs importantes de nourriture par le mÉnage. ENREGISTRER ‘0’ SI L’ALIMENT/LE GROUPE D’ALIMENTS N’A PAS ÉTÉ CONSOMMÉ AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS. |
|  |  | Nombre de jours où l’aliment/le groupe d’aliments a été consommé au cours des 7 derniers jours |
|  | **1**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des céréales comme [INSÉRer les CÉrÉALeS disponibles LOCALement] (*ex : blé, maïs, orge, sarrasin, millet, avoine, riz, seigle, sorgho, teff*) ou des aliments fabriqués à partir de ces céréales comme [INSÉreR les aliments LOCAux] (*ex : pain, bouillie, nouilles, ugali, foufou, fonio, pâtes alimentaires*)Ou des racines ou des tubercules comme [INSÉRER LES RACINES ET TUBERCULES BLANCS DISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : racine de lotus, panais, taro, pommes de terre à chair blanche, igname blanche, manioc blanc, patate douce à chair blanche)* ou des aliments fabriqués à partir de racines ou tubercules blancs comme [INSÉreR les aliments LOCAux]Ou d’autres féculents comme [INSÉRER LES AUTRES FÉCULENTS DISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : bananes vertes, plantains)* ?**CRLROTU** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **2.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des légumineuses, des noix ou des graines comme [INSÉRER TOUS LES TYPES lÉgumineuses, noix et graines dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : pois secs, haricots secs, lentilles, pois chiches, arachides, noix, amandes, noix de cajou, châtaignes, noisettes, noix de macadamia, pistaches, graines de citrouille, de tournesol, de sésame, pignon de pin, pavot)* ou des aliments fabriqués à partir de légumineuse, noix ou graines comme [INSÉRER LES ALIMENTS LOCAUX] *(ex : houmous, beurre de cacahuète)*?**PULSE** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **3.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé du lait ou des produits laitiers comme [INSÉRER TOUS LES TYPES de lait et produits laitiers dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : lait, préparation pour nourrisson, fromage, kéfir, yaourt)*?**MILK** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **4.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé de la viande, du poisson et des œufs *(ex : chèvre, bœuf, poulet, porc, sang, poisson y compris le thon en boite, escargot, et/ou autres fruits de mer, œufs)* ?**PROT** | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 0 ALLER À LA QUESTION 5****Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **4.1.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé de la viande comme [INSÉRER TOUS LES TYPES DE VIANDE dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : bœuf, chèvre, agneau, mouton, porc, lapin, viande de brousse, poulet, canard, cochon d’Inde, rat, agouti, grenouilles, serpents, autres reptiles, insectes)* ?**FLSHMT** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **4.2**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des abats comme [INSÉRER TOUS LES abats et AUTRES aliments À base de sang dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : foie, rognons, cœur)* ?**ORGMT** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **4.3.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé du poisson ou des fruits de mer comme [INSÉRER TOUS LES TYPES DE poisson frais, sÉchÉ ou en conserve et les fruits de mer dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : anchois, thon, sardines, requin, baleine, œufs de poisson/hareng, palourdes, crabe, homard, langouste, moules, crevettes, poulpe, calamars, escargots de mer)***FISHSF** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **4.4**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des œufs de [INSÉRER TOUS LES ŒUFS dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : œufs de poule, canard, pintade)***EGGS** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **5**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des légumes ou des légumes-feuilles comme [INSÉRER TOUS LES lÉgumes ET LES LÉGUMES-FEUILLES dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : épinards, feuilles de manioc, oignon, carotte, laitue, pousses de bambou, chou, poivron, tomate, aubergine, courgette, etc.)* ?**VEGL** | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 0 ALLER À LA QUESTION 6****Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **5.1**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des légumes comme [INSÉRER LES lÉgumes ET TUBERCULES riches en vitamIne A DISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : carottes, potiron, courge, patate douce à chair orange, poivron rouge)*?**VITAV** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **5.2.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des légumes-feuilles comme [INSÉRER LES lÉgumes À FEUILLES VERT-FONCÉ DISPONIBLES LOCALEMENT Y COMPRIS LES FEUILLES SAUVAGES ET LES FEUILLES RICHES EN VITAMINE A] *(ex : feuilles d’amarante, roquette, feuilles de manioc, chou frisé, chou kale, épinards*) ?**GREENV** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **6**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des fruits comme [INSÉRER TOUS LES fruits dISPONIBLES LOCALEMENT y compris les fruits sauvages] *(ex : mangue, abricot, pêche, pomme, avocat, banane, noix de coco, citron, orange, etc.)* ou des jus de fruits 100% pur jus faits à partir de ces fruits ?**FRT** | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 0 ALLER À LA QUESTION 7****Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **6.1**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé des fruits comme [INSÉRER LES fruits riches en vitamIne A DISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : mangue bien mûre, fraiche ou séchée, melon mûr, abricot frais ou séché, papaye mûre, fruit de la passion mûr, pêche séchée)* ou des jus de fruits 100% pur jus faits à partir de ces fruits ?**VITAFRT** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **7**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils consommé [INSÉRER TOUS LES TYPES d’huile et de matiÈres grasses dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : huiles végétales élaborées à partir de noix ou de graines comme l’amande, l’avocat, la noix de coco, graine de coton, arachide, maïs, olive, colza, carthame, sésame, soja, tournesol, noix, beurre, ghee, margarine, mayonnaise, huile de palme* ***mais pas l’huile de palme rouge****)* qui sont ajoutées à la nourriture ou utilisées pour la cuisson ?**FATS** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **8**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils mangé du sucre ou des produits sucrés comme [INSÉRER TOUS LES TYPES de SUCRE et produits sucrÉs dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : sucre, miel, sodas sucrés, chocolats, bonbons, biscuits sucrés, gâteaux)*?**SWTS** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **9**. Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils consommé des épices, des condiments ou des boissons comme [INSÉRER TOUS LES TYPES d’Épices, condiments et boissons dISPONIBLES LOCALEMENT] *(ex : poivre noir, sel, piment, sauce soja, sauce piquante, poudre de poisson, fumet de poisson, herbes aromatiques, cubes Maggi, ketchup, moutarde, café, thé, lait/crème en petites quantités)*?**SPICE** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
|  | **10.** Au cours des 7 derniers jours, combien de jours les membres de votre ménage ont-ils consommé des aliments nutritionnels spéciaux comme [INSÉRER TOUS LES TYPES D’ALIMENTS COMPOSÉS ENRICHIS DISTRIBUÉS DANS VOTRE CONTEXTE] *(ex : CSB, Super-Cereal)*? (SI APPLICABLE)**SPENUTF** | |\_\_\_|**Limite inférieure=0****Limite supérieure=7** |
| **FS30** | Comment cette nourriture a-t-elle été acquise?**FOODSOU** | Achat (grâce au transfert d’espèces et/ou argent propre) 01Propre production (cultures, bétail, pêche, chasse, cueillette) 02Biens et/ou services échangés, troc 03Empruntée (prêt/crédit des commerçants) 04Reçue en cadeau (famille, amis ou voisins) 05Assistance alimentaire en nature ou sous forme de coupon 06Autre 96Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID9** | S’il vous plait, prendre un point GPS (OPTIONNEL)EVITER DE PRENDRE LE POINT GPS À L’INTÉRIEUR DE LA MAISON OU SOUS DES ARBRES (ENREGISTREMENT PLUS RAPIDE).**GPS** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |

**COUVERTURE EN PROVISION DE MOUSTIQUAIRE**

**1 questionnaire par ménage**

CE questionnaire doit Être administrÉ AU CHEF DU MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE ADULTE MEMBRE DU MÉNAGE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION TN1 : Généralités sur le ménage** |
| **Note** | CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES AU CHEF DU MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE ADULTE MEMBRE DU MÉNAGE. |
| **TN1** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l’entretien ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE.**TNCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **TN2** | Quel est le nombre total des membres du ménage ?ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES.**TNHHSIZE** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **TN3** | Combien de personnes vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES.**TOTHH** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **TN4** | Combien d’enfants âgés de 0 à 59 mois vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?ENREGISTRER LE NOMBRE D’ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS. INSCRIRE « 0 » SI AUCUN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS LE MÉNAGE. **TOTCH** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **TN5** | Combien de femmes enceintes vivent dans ce ménage et ont dormi ici la nuit dernière ?ENREGISTRER LE NOMBRE DE FEMMES ENCEINTES INSCRIRE « 0 » SI AUCUNE FEMME ENCEINTE DANS LE MÉNAGE.**TOTPW** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **TN6** | Est-ce que votre maison a été traitée avec un insecticide lors d’une campagne de pulvérisation intra-domiciliaire (PIR) au cours des 6/12 derniers mois ? (SI APPLICABLE)EXPLIQUER QUE CECI EST DIFFÉRENT DE LA BOMBE D’INSECTICIDE QUE L’ON PULVÉRISE DANS LA MAISON.**HHIRS** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **TN7** | Avez-vous dans votre ménage des moustiquaires de lit qui peuvent être utilisées pour dormir en dessous ?**MOSNETS** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 S’ARRÊTER ICI** |
| **TN8** | Combien de moustiquaires de lit peuvent être utilisées pour dormir en dessous dans votre ménage ?NE PAS OUBLIER DE SE RENSEIGNER SUR LES MOUSTIQUAIRES NON UTILISÉES QUI SONT STOCKÉES ET/OU TOUJOURS DANS LEUR EMBALLAGE. ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES RAPPORTÉ.**Limite inférieure=1****Limite supérieure=10****NUMNETS** |  | |\_\_\_|\_\_\_|Moustiquaires |
| **SECTION TN2 : Observation des moustiquaires**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE UTILISÉE ET RAPPORTÉE PAR LE RÉPONDANT. |
| **Note** | CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES POUR CHAQUE MOUSTIQUAIRE UTILISÉE ET RAPPORTÉE PAR LE RÉPONDANT. |
| **TN9** | Pouvez-vous observer cette moustiquaire de lit ?DEMANDER AU RÉPONDANT DE VOUS MONTRER CHACUNE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ÊTRE UTILISÉES POUR DORMIR EN DESSOUS.**NETSOBS** | Oui 1Non 2 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À TN12** |
| **TN10** | Quelle est la marque de la moustiquaire observée ?REGARDER L’ÉTIQUETTE DE LA MOUSTIQUAIRE. S’IL N’Y A PAS D’ÉTIQUETTE OU QU’ELLE EST ILLISIBLE, SÉLECTIONNER « INIDENTIFIABLE/NE SAIT PAS ».**NETBRAND** | DAWAPLUS 01DURANET 02INTERCEPTOR 03LIFENET 04MAGNET 05MIRANET 06OLYSET 07PANDANET 08PERMANET 09ROYALSENTRY 10SAFENET 11VEERALIN 12YALE 13YORKOOL 14NOM de la **Moustiquaire Imprégnée d’Insecticide** (**MII**) #1 15NOM de la **MII** #2 16NOM de la **MII** #3 17Autre (Veuillez préciser) 96Inidentifiable / Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 96 ALLER À TN11** |
| **TN11** | Si autre, veuillez préciser la marque de la moustiquaire :**BRANDOTH** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
|  | **TOTLN** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **SECTION TN3 : Enquête sur les membres du ménage** CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE MEMBRE QUI VIT DANS LE MÉNAGE ET QUI A DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE. |
| **Note** | CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE COMPLÉTÉES POUR CHAQUE MEMBRE QUI VIT DANS LE MÉNAGE ET QUI A DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE. |
| **TN12** | Numéro ID du membre du ménage**HHMID** |  | |\_\_\_| |
| **TN13** | Quel est le sexe du membre du ménage ?**HHMSEX** | Masculin mFéminin f | |\_\_\_| |
| **TN14** | Quel est l’âge du membre du ménage ?**HHMAGE** | <5 ans 1≥5 ans 2 | |\_\_\_| |
| **TN15** | Est-ce-que ce membre du ménage est enceinte actuellement ?**HHMPREG** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **TN16** | Est-ce que le membre du ménage a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?**SLPNET** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **TN17** | Sélectionner la marque de la moustiquaire sous laquelle le membre du ménage a dormi :DEMANDER AU RÉPONDANT D’IDENTIFIER PHYSIQUEMENT LA MOUSTIQUAIRE SOUS LAQUELLE IL A DORMI.**SLPBRAND** | LES RÉPONSES ENREGISTRÉES POUR LA QUESTION TN10 SONT PRÉSENTÉES ICI.EXEMPLE :NETBRAND1 - PERMANETNETBRAND2 - PERMANETNETBRAND3 – Inidentifiable / Ne sait pasNETBRAND4- OLYSET | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID9** | S’il vous plait, prendre un point GPS (OPTIONNEL)EVITER DE PRENDRE LE POINT GPS À L’INTÉRIEUR DE LA MAISON OU SOUS DES ARBRES (ENREGISTREMENT PLUS RAPIDE).**GPS** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **Note** | Messages d’erreur |
|  | Le nombre total d’enfants âgés de 0 à 59 mois dans le ménage, que vous avez déclaré au début du questionnaire (Question TN4) est différent du nombre total de membres du ménage < 5ans (Question TN14). **S’il vous plait, veuillez vérifier les réponses pour que cela corresponde**. |
|  | Le nombre total de femmes enceintes dans le ménage, que vous avez déclaré au début du questionnaire (Question TN5) est différent du nombre total de femmes enceintes (Question TN15). **S’il vous plait, veuillez vérifier les réponses pour que cela corresponde**. |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Résumé** |
| **Total membres du ménage** | **Total <5** | **Total femmes enceintes** |
| **A dormi sous une moustiquaire tous types confondus** | **TN18**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTSLPNT** | **TN20**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTCHNT** | **TN22**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTPWNT** |
| **A dormi sous une MILD** | **TN19**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTSLPLN** | **TN21**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTCHLN** | **TN23**|\_\_\_|\_\_\_|**TOTPWLN** |

**EAU, HYGIÈNE ET ASSAINISSEMENT (EHA)**

**1 questionnaire par ménage**

CE questionnaire doit Être administrÉ AU CHEF DU MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE ADULTE MEMBRE DU MÉNAGE.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION WS1 : Questions d’entretien EHA** |
| **Note** | CEs questions doivent Être administrÉes AU CHEF DU MÉNAGE OU, EN SON ABSENCE, À UN AUTRE ADULTE MEMBRE DU MÉNAGE. |
| **WS1** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE.**WSCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **WS2** | Quel est le nombre total des membres du ménage ?ENREGISTRER LE NOMBRE DE PERSONNES.**HHSIZE** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **WS3** | Quelle est votre source principale d’eau de boisson ?NE SÉLECTIONNER QU’UNE SEULE SOURCE SANS PROPOSER DE RÉPONSES. CONSIDÉRER SEULEMENT LA SOURCE POUR L’EAU DE BOISSON.**SOURCE** | Robinet public/borne fontaine 01Puits foré/pompe manuelle 02Kiosque/vendeur d’eau 03Eau courante raccordée à la maison (ou à la maison du voisin) 04Source protégée 05Eau en bouteille/sachet d’eau 06Camion-citerne 07Puits creusé non-amélioré 08Eau de surface (lac, étang, barrage, rivière) 09Source non-protégée 10Récupération d’eau de pluie 11Autre 96Ne sait pas 98 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **WS4** | Où vous et les membres de votre ménage (à l'exception des enfants de moins de 5 ans) allez-vous habituellement faire vos besoins ?NE SÉLECTIONNER QU’UNE SEULE RÉPONSE SANS PROPOSER DE RÉPONSES.**TOILET** | Latrine familiale …………….……………………….… 1Latrine communautaire ..………………………..… 2Défécation à l’air libre ..…………………………..… 3Sac en plastique .………………………………………. 4Seau pour les toilettes ………………….………..… 5Autre …….………...…………..…………………….….... 6Ne sait pas ..…………………………………………….… 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION WS2 : Questions d’observation EHA** |
| **Note** | EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE CES QUESTIONS CONCERNENT L’EAU UTILISÉE À DES FINS DOMESTIQUES. CELA INCLUT : L’EAU DE BOISSON, LA PRÉPARATION DE LA NOURRITURE/LA CUISINE, LA TOILETTE ET L’HYGIÈNE PERSONNEL, AINSI QUE LA LESSIVE ET LES AUTRES ACTIVITÉS D’ENTRETIEN DU MÉNAGE. L’EAU UTILISÉE POUR LES ANIMAUX, LA CONSTRUCTION OU POUR TOUT AUTRE INDUSTRIE, OU L’AGRICULTURE/LE JARDINAGE EST EXCLUE (FINS NON-DOMESTIQUES). |
| **WS5** | S’il vous plait montrez-moi le savon que vous avez dans le ménage ?**SOAP** | Présenté dans la minute ………………………….. 1Non-présenté dans la minute/Pas de savon …………………………………………..…………………… 2 | |\_\_\_| |
| **WS6** | Combien de récipients possédez-vous pour collecter ou conserver l’eau utilisée à des fins domestiques par votre ménage ? S’il vous plait montrez-moi tous vos récipients un par un.ENREGISTRER LES RÉCIPIENTS UN PAR UN. VÉRIFIER TOUS LES RÉCIPIENTS. NE PAS COMPTABILISER LES RÉCIPIENTS CASSÉS, AVEC DES FUITES, OU NON-FONCTIONNELS.**Limite inférieure=0****Limite supérieure=25****CONTAINER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **WS7** | Quel est le type de récipient ?**TYPE** | Jerrican 01Seau 02Bassine 03Bouteille 04Casserole 05Bidon/Baril 06Autres 96 | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **WS8** | Quel est le volume du récipient ?ENREGISTRER LE NOMBRE DE LITRES QUE LE RÉCIPIENT PEUT CONTENIR À 0,5L PRÈS.**Limite inférieure=0,5L****Limite supérieure=300,0L****LITER** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|.|\_\_\_|litres |
| **WS9** | Le récipient est-il couvert ?**PROTECT** | Oui 1Non 2Ne sait pas …………………………………………… 8 | |\_\_\_| |
| **WS10** | Quel est le nombre de trajet effectué hier avec le récipient pour la collecte d’eau utilisée à des fins domestiques ? Cela comprend l’eau collectée le matin, l’après-midi et le soir.ENREGISTRER « 0 » SI LE MÉNAGE N’A PAS REMPLI LE RÉCIPIENT DANS LA JOURNÉE D’HIER.**Limite inférieure=0****Limite supérieure=10****NUMTRIPS** |  | |\_\_\_|\_\_\_| trajets |
| **ID9** | S’il vous plait, prendre un point GPS (OPTIONNEL)EVITER DE PRENDRE LE POINT GPS À L’INTÉRIEUR DE LA MAISON OU SOUS DES ARBRES (ENREGISTREMENT PLUS RAPIDE).**GPS** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |

**ENFANTS DE 0 À 59 MOIS ANTHROPOMÉTRIE, SANTÉ, ANJE & ANÉMIE**

**1 questionnaire par enfant âgé de 0 à 59 mois**

CE questionnaire DOIT ÊTRE administRÉ À TOUS LES ENFANTS ÂGÉS DE 0 À 59 MOIS SI LE MODULE ANJE EST INCLUS (oU ÂGÉS DE 6 À 59 MOIS SI LE MODULE ANJE N’EST PAS INCLUS).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION CHILD1 : Informations générales - Enfant âgé de 0 à 59 mois**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLETÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 59 MOIS (OU DE 6 À 59 MOIS SELON LES MODULES sens INCLUS) DANS LE MÉNAGE SELECTIONNÉ. |
| **Note** | CES questions DOIVENT ÊTRE POSÉES À LA MÈRE DE L’ENFANT OU À LA PERSONNE PRINCIPALEMENT EN CHARGE DE L’ENFANT. |
| **CH1** | Numéro ID**ID** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **CH2** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE ET DES MESURES.**CHCONST** | Oui 1Non 2 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 S’ARRÊTER ICI** |
| **CH3** | Nom de l’enfantENREGISTRER LE PRÉNOM SEULEMENT.**CHNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **CH4** | Sexe de [NOM DE L’ENFANT] ?**SEX** | Masculin mFéminin f | |\_\_\_| |
| **CH5** | Avez-vous un document officiel indiquant le jour, le mois et l’année de naissance de [NOM DE L’ENFANT] ?**XDOBK** | Oui 1Non 2 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À CH7** |
| **CH6** | Date de naissance de [NOM DE L’ENFANT]LA DATE DE NAISSANCE EXACTE NE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE QU’À PARTIR D’UN DOCUMENT OFFICIEL INDIQUANT LE JOUR, LE MOIS ET L’ANNÉE DE NAISSANCE.POUR LES ENQUÊTES UTILISANT LE PAPIER : ENREGISTRÉE À PARTIR D’UN DOCUMENT OFFICIEL D’ÂGE. NE PAS REMPLIR SI AUCUN DOCUMENT OFFICIEL D’ÂGE N’EST DISPONIBLE.**BIRTHDAT** | Jour/Mois/Année … |\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **CH7** | Age de [NOM DE L’ENFANT] en mois**Limite inférieure=0 mois (ou 6 mois si le module ANJE n’est pas inclus)****Limite supérieure=59,99 mois****MONTHS** | SI AUCUN DOCUMENT OFFICIEL D’ÂGE N’EST DISPONIBLE, ESTIMER L’ÂGE EN UTILISANT LE CALENDRIER DES ÉVÈNEMENTS LOCAUX.POUR LES ENQUÊTES UTILISANT LE PAPIER : SI UN DOCUMENT OFFICIEL D’ÂGE EST DISPONIBLE, ENREGISTRER L’ÂGE EN MOIS À PARTIR DE LA DATE DE NAISSANCE. | |\_\_\_|\_\_\_|mois |
| **Note** | Vérifiez que l'enfant est bien âgé de ${MONTHS} mois. Rappelez-vous que s'il a plus de 59 mois, il ne peut être inclus dans l'enquête car non-éligible selon l’âge et l’enquête s’arrête ici. |
| **SECTION CHILD2 : Informations sur l’arrivée dans le pays d’asile (optionnel/si applicable)**LA SECTION CHILD 2 DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 59 MOIS (OU 6 À 59 MOIS SI LE MODULE ANJE N’EST PAS INCLUS). |
| **Note** | EXPLIQUER AU RÉPONDANT QUE LES RÉPONSES À CES QUESTIONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET QUE CELA N’AFFECTERA PAS L’ASSISTANCE QU’ILS REÇOIVENT / À LAQUELLE ILS ONT DROIT. |
| **CH8** | [NOM DE L’ENFANT] est-il/elle arrivé à [*nom du camp / pays d’asile]*avant ou après [INSÉRER ÉVÈNEMENT RESPONSABLE DU NOUVEL AFFLUX DE RÉFUGIÉS] ?(OPTIONNEL/SI APPLICABLE)**CHARRIVE** | Arrivé(e) avant [*INSÉRER* *ÉVÈNEMENT]* 1Arrivé(e) après [*INSÉRER* *ÉVÈNEMENT]* (nouvelle arrivée) 2Ne sait pas ………………………….………………. 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION CHILD3 : Nutrition, Santé et Anémie - Enfant âgé de 6 à 59 mois**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLETÉE POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 6 À 59 MOIS. EXCLURE LA MESURE DE L’HÉMOGLOBINE SI LE MODULE ANÉMIE N’EST PAS INCLUS.DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, cette section sera automatiquement NON-PRÉSENTÉE pour les enfants non eligibles selon l’Âge (<6 mois). |
| **CH9** | [NOM DE L’ENFANT] est-il actuellement présent dans le ménage?**CHPRES** | Oui 1Non 2 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 ALLER À CH16** |
| **CH10** | Poids en kilogrammes (±0,1kg) de [NOM DE L’ENFANT]NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=3,0 kg****Limite supérieure=31,0 kg****WEIGHT** |  | |\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_| kg |
| **CH11** | [NOM DE L’ENFANT] portait-il des vêtements pour la mesure du poids ? (OPTIONNEL)**CLOTHES** | Oui yNon n | |\_\_\_| |
| **CH12** | Longueur/Taille en cm (±0,1cm) de [NOM DE L’ENFANT] NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=54,0 cm****Limite supérieure=124,0 cm****HEIGHT** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_| cm |
| **CH13** | [NOM DE L’ENFANT] a-t-il été mesuré en position couchée ou en position debout ?**MEASURE** | Enfant en position couchée lEnfant en position debout h | |\_\_\_| |
| **CH14** | Examen clinique : [NOM DE L’ENFANT] présente-t-il des œdèmes bilatéraux ?**EDEMA** | Oui yNon n | |\_\_\_| |
| **CH15** | Périmètre brachial (PB) en mm (±1mm) ou en cm (±0,1cm) de [NOM DE L’ENFANT] or cm MESURER LE BRAS GAUCHE. NE S’APPLIQUE QUE LORSQUE LE PB EST MESURÉ EN CM : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=70 mm****Limite supérieure=235 mm****MUAC** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|mmOU|\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_| cm |
| **CH16** | [NOM DE L’ENFANT] est-il/elle actuellement pris(e) en charge au sein des [NOMS DES PROGRAMMES NUTRITIONNELS] pour traitement de la malnutrition ?MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS DISTRIBUÉS AU NIVEAU DES CRENAM ET/OU DES CRENAS/CRENI.**ENROL** | Oui, CRENAM 1Oui, CRENAS/CRENI 2Non 3Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **CH17** | [NOM DE L’ENFANT] est-il/elle actuellement inscrit(e) dans un programme d’alimentation complémentaire de couverture (BSFP) ? (SI APPLICABLE)MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS DISTRIBUÉS AU SEIN DU PROGRAMME BSFP.**BSFP** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **CH18** | [NOM DE L’ENFANT] a-t-il/elle été vacciné(e) contre la rougeole ?VÉRIFIER LA CARTE DE VACCINATION ET/OU LE CARNET DE SANTÉ (SEULEMENT POUR LES ENFANTS ÂgÉs DE PLUS DE 9 MOIS).**MEASLES** | Oui, carte 1Oui, de mémoire 2Non ou ne sait pas 3 | |\_\_\_| |
| **CH19** | [NOM DE L’ENFANT] a-t-il/elle reçu une capsule de vitamine A au cours des 6 derniers mois ?VÉRIFIER LA CARTE DE VACCINATION ET/OU LE CARNET DE SANTÉ. MONTRER LES CAPSULES DE VITAMINE A.**VITA** | Oui, carte 1Oui, de mémoire 2Non ou ne sait pas 3 | |\_\_\_| |
| **CH20** | [NOM DE L’ENFANT] a-t-il/elle reçu un médicament contre les vers intestinaux au cours des 6 derniers mois ? (SI APPLICABLE)MONTRER LES COMPRIMÉS.**DEWORM** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **CH21** | [NOM DE L’ENFANT] a-t-il/elle eu la diarrhée au cours des 2 dernières semaines ?DÉFINITION : MINIMUM DE 3 SELLES MOLLES OU LIQUIDES EN 24 HEURES.**DIAR** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À CH23** |
| **CH22** | Avez-vous donné [INSÉRER LE NOM LOCAL DES SRO] à [NOM DE L’ENFANT] lorsqu’il/elle a eu la diarrhée ? (OPTIONNEL)MONTRER UN SACHET DE SRO.**DIARORS** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **CH23** | Avez-vous donné des comprimés ou du sirop de zinc à [NOM DE L’ENFANT] lorsqu’il/elle a eu la diarrhée ? (OPTIONNEL)MONTRER LES COMPRIMÉS DE ZINC OU LE SIROP.**DIARZINC** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **CH24** | Unité de mesure de votre appareil HemoCue (g/dL ou g/L)**HBUNIT** | g/dL gdlg/L gl | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **CH25** | Hémoglobine (Hb) en g/dL (±0,1 g/dL) ou en g/L (±1g/L) de [NOM DE L’ENFANT]NE S’APPLIQUE QUE LORSQUE L’HB EST MESURÉE EN G/DL : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=2,0 g/dL****Limite supérieure=22,00 g/dL****CHHB** |  | |\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_|g/dLOU|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|g/L |
| **CH26** | **Référencement automatique des enfants présentant des signes de malnutrition aiguë et n’étant pas déjà inscrits au sein d’un programme nutritionnel :*** L’enfant a besoin d’être référé pour malnutrition aiguë modérée (si PB<125mm et PB≥115 mm et/ou PTZ<-2 z-scores et PTZ≥-3 z-scores, et variable **ENROL** égale à « 3 » ou « 8 »).
* L’enfant a besoin d’être référé pour malnutrition aiguë sévère (si PB<115mm et/ou PTZ<-3 z-scores et/ou présence d’œdèmes bilatéraux, et variable **ENROL** égale à « 3 » ou « 8 »).

REMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA MÈRE / PERSONNE EN CHARGE DE L’ENFANT ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ.**REFMAM/REFSAM** |
| **CH27** | **Référencement automatique des enfants souffrant d’anémie sévère :*** L’enfant a besoin d’être référé pour anémie sévère (si Hb<7,0g/dL).

REMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA MÈRE / PERSONNE EN CHARGE DE L’ENFANT ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ.**REFANEM** |
| **SECTION IYCF1 : Pratiques d’allaitement (partie 1) – Enfant âgé de 0 à 23 mois**CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À LA MÈRE DE L’ENFANT OU À LA PERSONNE PRINCIPALEMENT EN CHARGE DE L’ENFANT, RESPONSABLE DE L’ALIMENTATION DE L’ENFANT. cette section doit etre completÉe POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 23 MOIS. EXCLURE cette section SI LE MODULE anje N’EST PAS INCLUS.DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, CETTE SECTION SERA AUTOMATIQUEMENT NON-PRÉSENTÉE POUR LES ENFANTS NON ELIGIBLES SELON L’ÂGE (≥24 MOIS). |
| **Note** | CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À LA MÈRE DE L’ENFANT OU À LA PERSONNE PRINCIPALEMENT EN CHARGE DE L’ENFANT, responsable de l’alimentation de l’enfant. |
| **IF1** | Est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a déjà été allaité ?**EVERBF** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À IF4** |
| **IF2** | Combien de temps après la naissance avez-vous mis [NOM DE L’ENFANT] au sein pour la première fois ?**INITBF** | Moins d’1 heure 1Entre 1 et 23 heures 2Moins de 24 heures 3Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **IF3** | Est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a été allaité(e) hier durant la journée ou la nuit ?**YESTBF** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION IYCF2 : Pratiques d’allaitement (partie 2) - Enfant âgé de 0 à 23 mois**CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À LA MÈRE DE L’ENFANT OU À LA PERSONNE PRINCIPALEMENT EN CHARGE DE L’ENFANT, RESPONSABLE DE L’ALIMENTATION DE L’ENFANT. cette section doit etre completÉe POUR CHAQUE ENFANT ÂGÉ DE 0 À 23 MOIS. EXCLURE cette section SI LE MODULE anje N’EST PAS INCLUS.DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, CETTE SECTION SERA AUTOMATIQUEMENT NON-PRÉSENTÉE POUR LES ENFANTS NON-ÉLIGIBLES SELON L’ÂGE (≥24 moIs). |
| **IF4** | Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les liquides que [NOM DE L’ENFANT] a peut-être reçu hier, durant la journée ou la nuit. Je souhaiterais savoir si votre enfant a reçu un des liquides suivants, même si ce liquide a été associé à d’autres aliments.Hier, durant la journée et la nuit, est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a reçu un des liquides suivants ?DEMANDER POUR CHAQUE LIQUIDE. CHAQUE QUESTION DOIT AVOIR UNE RÉPONSE.SI L’ENFANT A CONSOMMÉ LE LIQUIDE EN QUESTION, SÉLECTIONNER « OUI ». SI L’ENFANT N’A PAS CONSOMMÉ LE LIQUIDE EN QUESTION, SÉLECTIONNER « NON ». SÉLECTIONNER « NE SAIT PAS » SI LE RÉPONDANT NE SAIT PAS. Oui Non NSP |
|  | 4A. Eau claire**WATER** |  4A…….………………………1 2 8 |
| 4B. Préparation pour nourrissons, par exemple [INSÉRer les marques de prÉparations pour nourrissons disponibles localement, *tous types confondus*]**INFORM** |  4B…….………………………1 2 8 |
| 4C. Lait frais animal, lait en boite, lait en poudre ou lait concentré, par exemple [INSÉRER LES MARQUES DE lait en poudre ou en boite DISPONIBLES LOCALEMENT]**MILK** |  4C…….………………………1 2 8 |
| 4D. Jus ou boissons à base de jus, par exemple [INSÉRER LES MARQUES DE jus ou boissons À base de jus DISPONIBLES LOCALEMENT]**JUICE** |  4D…….………………………1 2 8 |
| 4E. Bouillon clair**BROTH** |  4E…….………………………1 2 8 |
| 4F. Lait caillé ou yaourt, par exemple [INSÉRER LES noms locaux]**YOGURT** |  4F…….………………………1 2 8 |
| 4G. Bouillie légère, par exemple [INSÉRER LES noms locaux]**THINPOR** |  4G…….………………………1 2 8 |
| 4H. Thé avec du lait ou café au lait**WHTEACOF** |  4H…….………………………1 2 8 |
| 4I. Tout autre liquide à base d’eau, par exemple [INSÉRER tout autre liquide À base d’eau disponible localement et utiliser LES noms locaux] (*ex : sodas, autres boissons sucrées, tisanes et infusions, boisson anti-coliques, thé sans lait, café noir, liquides traditionnels)***WATLQD** |  4I…….………………………1 2 8 |
| **IF5** | Hier, durant la journée ou la nuit, est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a mangé des aliments solides ou semi-solides (mous) ?**FOOD** | Oui…………………………………... 1Non………………………….…….... 2Ne sait pas………………….….... 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION IYCF3 : Alimentation au biberon - Enfant âgé de 0 à 23 mois**DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, CETTE SECTION SERA AUTOMATIQUEMENT NON-PRÉSENTÉE POUR LES ENFANTS NON-ÉLIGIBLES SELON L’ÂGE (≥24 MOIS). |
| **IF6** | Hier, durant la journée ou la nuit, est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a bu quelque chose au biberon ?**BOTTLE** | Oui…………………………………... 1Non………………………….…….... 2Ne sait pas………………….….... 8 | |\_\_\_| |
| **SECTION IYCF4 : Aliments riches ou enrichis en fer - Enfant âgé de 6 à 23 mois**DANS LES ENQUÊTES UTILISANT LES MÉTHODES MDC, CETTE SECTION SERA AUTOMATIQUEMENT NON-PRÉSENTÉE POUR LES ENFANTS NON-ÉLIGIBLES SELON L’ÂGE (<6 MOIS ET ≥24 MOIS). |
| **IF7** | Maintenant je voudrais vous poser des questions sur certains aliments que [NOM DE L’ENFANT] a peut-être reçu hier, durant la journée ou la nuit. Je souhaiterais savoir si votre enfant a reçu un des aliments suivants, même s’il a été mélangé à une autre nourriture.Hier, durant la journée et la nuit, est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a reçu un des aliments suivants ?DEMANDER POUR CHAQUE ALIMENT. CHAQUE QUESTION DOIT AVOIR UNE RÉPONSE.SI L’ENFANT A CONSOMMÉ L’ALIMENT, SÉLECTIONNER « OUI ». SI L’ENFANT N’A PAS CONSOMMÉ L’ALIMENT, SÉLECTIONNER « NON ». SÉLECTIONNER « NE SAIT PAS » SI LE RÉPONDANT NE SAIT PAS. Oui Non NSP |
|  | 7A. [INSÉRER LES TYPES DE VIANDEs, POISSONS, VOLAILLES ET ABATS UTILISÉS DANS LE CONTEXTE LOCAL] *(ex : bœuf, chèvre, mouton, agneau, porc, lapin, poulet, canard, foie, rein, cœur)***FLESHFD** | 7A………………………………… 1 2 8  |
| 7B. [INSÉRER LES ACE DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ET UTILISER LES NOMS LOCAUX] (ex : CSB+, WSB+) (SI APPLICABLE)**FBF** | 7B………………………………… 1 2 8  |
| 7C. [INSÉRER LES ACE++ DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ET UTILISER LES NOMS LOCAUX] *(ex : CSB++, WSB++)* (SI APPLICABLE)**FBFSUPER** | 7C………………………………… 1 2 8  |
| 7D. [INSÉRER LES ATPE DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ET UTILISER LES NOMS LOCAUX] *(ex : Plumpy’Nut®, eeZeePaste™)* (SI APPLICABLE)MONTRER LE SACHET.**RUTF** | 7D………………………………… 1 2 8  |
| 7E. [INSÉRER LES ASPE DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ET UTILISER LES NOMS LOCAUX] *(ex : Plumpy’Sup®, eeZeeRUSF™)* (SI APPLICABLE)MONTRER LE SACHET.**RUSF** | 7E………………………………… 1 2 8  |
| 7F. [INSÉRER LES SNL DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ET UTILISER LES NOMS LOCAUX] *(ex : Nutributter®, eeZee20™, Plumpy’doz®, eeZee50™)* (SI APPLICABLE)MONTRER LE SACHET/POT.**LNS** | 7F………………………………… 1 2 8  |
| 7G. [INSÉRER LES MARQUES DES PRÉPARATIONS POUR NOURRISSON ENRICHIES EN FER DISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL] *(Ex : Guigoz, Blédilait, Gallia)* (SI APPLICABLE)**INFORMFE** | 7G………………………………… 1 2 8  |
| 7H. [INSÉRER tout aliment solide, semi-solide ou mou *enrichi en fer* DestinÉs aux nourrissons et jeunes enfants dISPONIBLES DANS LE CONTEXTE LOCAL ; ces aliments doivent Être diffÉrents de ceux qui sont distribuÉs. utiliser les noms locaux.] *(ex : Cerelac, Weetabix)* (SI APPLICABLE)**FOODFE** | 7H………………………………… 1 2 8  |
| **IF8** | Hier, durant la journée ou la nuit, est-ce que [NOM DE L’ENFANT] a consommé une nourriture à laquelle vous avez ajouté [INSÉRER LE NOM LOCAL DONNÉ À LA POUDRE DE MICRONUTRIMENTS OU SPRINKLES] comme celui-ci ? (SI APPLICABLE)MONTRER LE SACHET DE POUDRE DE MICRONUTRIMENTS.**MNP** | Oui…………………………………... 1Non………………………….…….... 2Ne sait pas………………….….... 8 | |\_\_\_| |
| **ID9** | S’il vous plait, prendre un point GPS (OPTIONNEL)EVITER DE PRENDRE LE POINT GPS À L’INTÉRIEUR DE LA MAISON OU SOUS DES ARBRES (ENREGISTREMENT PLUS RAPIDE).**GPS** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |

**FEMMES DE 15 À 49 ANS ANTHROPOMÉTRIE, SANTÉ & ANÉMIE**

**1 questionnaire par femme âgée de 15 à 49 ans**

CE questionnaire DOIT ÊTRE administRÉ À TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES ÂGÉES DE 15 À 49 ANS DANS LES MÉNAGES SÉLECTIONNÉS.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION IDENTIFICATION**CETTE SECTION DOIT ÊTRE COMPLÉTÉE DANS TOUS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. CE MODULE DOIT OBLIGATOIREMENT ÊTRE COMPLÉTÉ. |
| **ID1** | Nom du camp**CAMPNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **ID2** | Code/Numéro de la Section **SECTION** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID3** | Code/Numéro de la Zone**ZONE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID4** | Code/Numéro du Bloc**BLOCK** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID5** | Date de l’entretien (jj/mm/aaaa)**SURVDAT** | Jour/Mois/Année …|\_\_\_|\_\_\_| /|\_\_\_|\_\_\_| / |\_\_\_|\_\_\_||\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID6** | Numéro de la grappe**CLUSTER** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID7** | Numéro de l’équipe**TEAM** |  | |\_\_\_|\_\_\_| |
| **ID8** | Numéro du ménage**HH** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_| |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **No** | **QUESTION** | **CODES RÉPONSES** |
| **SECTION WM1 : Informations générales - Femme âgée de 15 à 49 ans**CETTE SECTION DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE À TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES ENTRE 15 ET 49 ANS DANS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. |
| **Note** | CES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE POSÉES À CHAQUE FEMME ÉLIGIBLE. |
| **WM1** | Numéro ID**WMID** |  | |\_\_\_| |
| **WM2** | Le consentement a-t-il été donné pour mener l'entretien et prendre les mesures ?S’ASSURER D’AVOIR PRÉSENTÉ L’ÉQUIPE ET D’AVOIR INFORMÉ LE RÉPONDANT À PROPOS DES OBJECTIFS DE L’ENQUÊTE ET DES MESURES. **WMCONST** | Oui 1Non 2Absent 3 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 3 S’ARRÊTER ICI** |
| **WM3** | Nom de la femmeENREGISTRER LE PRÉNOM SEULEMENT.**WMNAME** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **WM4** | Age de [NOM DE LA FEMME] en annéeSEULES LES FEMMES ÂGÉES ENTRE 15 ET 49 ANS SONT INTERVIEWÉES.**Limite inférieure=15 ans****Limite supérieure=49 ans****WMAGE** |  | |\_\_\_|\_\_\_|ans |
| **SECTION WM2 : Anthropométrie, Anémie et Statut physiologique - Femme âgée de 15 à 49 ans**CETTE SECTION DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE À TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES ENTRE 15 ET 49 ANS DANS LES MÉNAGES SELECTIONNÉS. |
| **WM5** | Etes-vous enceinte ?**PREGNANT** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À WM8** |
| **WM6** | Etes-vous actuellement inscrites au sein d’un programme de soins prénataux ? **ANC** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **WM7** | Recevez-vous actuellement des comprimés de fer-acide folique ?MONTRER LES COMPRIMÉS.**FEREC** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **WM8** | Allaitez-vous actuellement ?**LACTAT** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_|**SI LA RÉPONSE EST 2 OU 8 ALLER À WM10** |
| **WM9** | L’enfant que vous allaitez actuellement est-il âgé de moins de 6 mois ?**LACTATU6** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **WM10** | Etes-vous actuellement inscrit(e) dans un programme d’alimentation complémentaire de couverture (BSFP) ? (SI APPLICABLE)MONTRER LES PRODUITS NUTRITIONNELS DISTRIBUÉS AU SEIN DU PROGRAMME BSFP.**WMBSFP** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | |\_\_\_| |
| **WM11** | Périmètre brachial (PB) en mm (±1mm) ou en cm (±0,1cm) de [NOM DE LA FEMME] (OPTIONNEL)MESURER LE BRAS GAUCHE. NE S’APPLIQUE QUE LORSQUE LE PB EST MESURÉ EN CM : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=160 mm****Limite supérieure=500 mm****WMMUAC** |  | |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|mmOU|\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_| cm |
| **WM12** | Unité de mesure de votre appareil HemoCue (g/dL ou g/L) (SI APPLICABLE)**WMHBUNIT** | g/dL gdlg/L gl | |\_\_\_| |
| **WM13** | Hémoglobine (Hb) en g/dL (±0,1 g/dL) ou en g/L (±1g/L) de [NOM DE LA FEMME]NE S’APPLIQUE QUE LORSQUE L’HB EST MESURÉE EN G/DL : NE PAS OUBLIER LA DÉCIMALE.**Limite inférieure=2,0 g/dL****Limite supérieure=22,00 g/dL****WMHB** |  | |\_\_\_|\_\_\_|, |\_\_\_|g/dLOU|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|g/L |
| **ID9** | S’il vous plait, prendre un point GPS (OPTIONNEL)EVITER DE PRENDRE LE POINT GPS À L’INTÉRIEUR DE LA MAISON OU SOUS DES ARBRES (ENREGISTREMENT PLUS RAPIDE).**GPS** | |\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_| |
| **WM14** | **Référencement automatique des femmes présentant des signes de malnutrition aiguë :*** La femme a besoin d’être référée pour malnutrition aiguë (si PB< [INSÉRER LA VALEUR] mm). (À INCLURE UNIQUEMENT SI LE PB EST MESURÉ).

REMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA FEMME ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ.**WMREFMAL** |
| **WM15** | **Référencement automatique des femmes souffrant d’anémie sévère :*** La femme a besoin d’être référée pour anémie sévère (si Hb<8,0g/dL).

REMPLIR UN FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE EN DOUBLE EXEMPLAIRE : UN FORMULAIRE POUR LA FEMME ET UN AUTRE POUR LE CENTRE DE SANTÉ.**WMREFAN** |
|  | Enquêteur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/non |
|  | Superviseur : Je confirme que le questionnaire est complet : oui/nonMESSAGE POUR L’ENQUÊTEUR : NE PAS RÉPONDRE À CETTE QUESTION. |