### MEASURE Evaluation: Questionnaire sur enfants de 0 à 9 ans d’âge (pour le tuteur)

**DONNÉES D’IDENTIFICATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **001** | NUMÉRO D’IDENTIFICATION DU QUESTIONNAIRE |  |
| **002** | PROVINCE/REGION |  |
| **003** | DISTRICT/DEPARTEMENT  |  |
| **004** | CIRCONSCRIPTION/ARRONDISSEMENT/COMMUNE  |  |
| **005** | QUARTIER/VILLAGE |  |
| **006** | TYPE DE ZONE*Encercler la réponse* | UrbainRural | 12 |
| **007** | QUARTIER/HAMEAU/CAMPEMENT |  |  |
| **008** | RELEVÉS GPS  | 1. Latitude
2. Longitude
 | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**REGISTRE D’ENTRETIEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | VISITE 1 | VISITE 2 | VISITE 3 |
| DATE (jour/mois/année) |  |  |  |
| COMMENTAIRES DE L’ENQUÊTEUR |  |  |  |

Codes des commentaires de l’entretien: l’entretien complétée 1; Rendez-vous pris pour plus tard aujourd’hui 2; Rendez-vous pris pour un autre jour 3; A refusé de continuer et aucun rendez-vous pris 4; Autre (Préciser) 5

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **009** | ENQUÊTEUR | 1. CODE
 |  | 1. NOM
 |  |
| **010** | DATE OÙ FINALE DE L’ENTRETIEN (jour/mois/année) |  |
| **011** | HEURE DE DÉMARRAGE DE L’ENTRETIEN | [\_\_|\_\_|:[\_\_|\_\_] |

**VÉRIFIÉ PAR LE CHEF D’ÉQUIPE: Signature \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Commentaires

**SECTION 1: SANTÉ ET PROTECTION DE L’ENFANT**

Je vais maintenant vous poser quelques questions sur [insérer le Nom de l’enfant].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** | **PASSER À** |
| **101** | **Inscrire / confirmer le Nom de l'enfant** |  |  |
| **102** | **Inscrire la Lettre de Ligne de l’enfant à partir du Tableau du Foyer (Questionnaire du tuteur)** |  |  |
| **103\*** | **Inscrire / confirmer le sexe de l'enfant** | FilleGarçon | 12 |  |
| **104** | Quel est le mois et l’année de naissance de [NOM]? | Mois[\_\_|\_\_] | Année[\_\_|\_\_|\_\_|\_\_] |  |
| **105\*** | Rappelez-moi l’âge qu’a eu [Nom] à son dernier anniversaire?**Confirmer avec 104 et corriger au besoin. Ne pas laisser la case vide. Si inconnu, demander au tuteur d’estimer l'âge de l’enfant.** | [\_\_|\_\_] ans |  |
| **106** | Diriez-vous que, en général, la santé de [NOM] est ……?**Lire les réponses à haute-voix.** | Excellente | 1 |  |
| Très bonne | 2 |
| Bonne | 3 |
| Moyenne | 4 |
| Mauvaise | 5 |
| **107\*** | A aucun moment au cours de 2 dernières semaines, [NOM] a-t-il/elle été trop malade pour participer aux activités quotidiennes?  | Oui Non | 12 |  |
| **108** | [NOM] a-t-il/elle un handicap qui lui rend difficile de participer aux activités quotidiennes? | Oui Non | 12 | **Si Non: 110** |
| **109** | Veuillez décrire le handicap de [NOM] : | Aveugle ou malvoyant/eSourd/e ou malentendant/eDifficultés d’apprentissagePhysiqueAutre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 123466 |  |
| **110\*** | [NOM] a-t-il/elle un acte de naissance?  | Oui NonNe sait pas | 1288 | **Si Non: 112****Si Ne sait pas: 112** |
| **111\*** | Pourriez-vous me montrer l’acte de naissance de [NOM]?  | Vu / confirméPas vu / pas confirmé | 12 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** | **SAUTER** |
| **112** | **FILTRE.** Âge de l'enfant | 5 ans ou plus 0 à 4 ans | 12 | **Si 5 ans ou +: 128** |
| **113\*** | Avez-vous un carnet où sont inscrites les vaccinations de [NOM]? **Si oui, demander le carnet.** | Oui, vuOui, pas vuNonNe sait pas | 12388 | **Si Non: 113****Si Ne sait pas: 113** |
| **114\*** | **Vérifier le nom sur le carnet pour s'assurer que le carnet se rapporte bien à l'enfant en question.** **Documenter les vaccinations enregistrées sur le carnet. Inclure seulement les vaccinations documentées ici.** |  | Oui, documenté | Non |  |
| 1. BCG
 | 1 | 2 |
| 1. VPO 0
 | 1 | 2 |
| 1. VPO 1
 | 1 | 2 |
| 1. VPO 2
 | 1 | 2 |
| 1. VPO 3
 | 1 | 2 |
| 1. DCT 1
 | 1 | 2 |
| 1. DCT 2
 | 1 | 2 |
| 1. DCT 3
 | 1 | 2 |
| 1. Rougeole
 | 1 | 2 |
| **Si le tuteur ne peut pas produire de carnet de vaccination pour l’enfant, cherchez à savoir s’il a eu les vaccins suivants. Si vous avez documenté les vaccins à partir d’un carnet, mais qu’il y a des lacunes dans le carnet de vaccination, renseignez-vous en posant les questions ci-dessous.** |
| **115\*** | [NOM] a-t-il/elle reçut le vaccin contre la tuberculose, c'est-à-dire une piqûre dans le bras ou l'épaule, qui provoque généralement une cicatrice? (BCG) | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |
| **116\*** | [NOM] a-t-il/elle reçut le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?  | OuiNonNe sait pas | 1288 | **Si Non: 121****Si Ne sait pas: 121** |
| **117\*** | L’enfant a-t-il reçu le VPO 0, qui est le premier vaccin contre la polio normalement reçu dans les premières deux semaines après la naissance? | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |
| **118\*** | L’enfant a-t-il reçu le VPO 1, qui est le second vaccin contre la polio? | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |
| **119\*** | L’enfant a-t-il reçu le VPO 2, qui est le troisième vaccin contre la polio? | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |
| **120\*** | L’enfant a-t-il reçu le VPO 3, qui est le quatrième vaccin contre la polio? | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** | **SAUTER** |
| **121\*** | L’enfant a-t-il reçu le vaccin DCT, c'est-à-dire une piqûre dans la cuisse ou la fesse, quelquefois administrée en même temps que les gouttes contre la polio?  | OuiNonNe sait pas | 1288 | **Si Non: 123****Si Ne sait pas: 123**  |
| **122\*** | Combien de fois lui a-t-on mis le vaccin DCT? | Une foisDeux foisTrois foisNe sait pas | 12388 |  |
| **123\*** | L’enfant a-t-il reçu une piqûre contre la rougeole, c'est-à-dire une piqure dans le bras à l’âge de 9 mois ou plus – pour le protéger contre la rougeole?  | OuiNonNe sait pas | 1288 |  |
| **124\*** |  [NOM] a-t-il/elle eut de la diarrhée durant ces 2 dernières semaines?  | OuiNon | 12 |  |
| **Espace réservé pour Module 1 facultatif: Diarrhée (plus détaillé)**  |
| **125\*** | [NOM] a-t-il/elle été malade avec de la fièvre à un certain moment durant ces 2 dernières semaines? | OuiNon | 12 |  |
| **Espace réservé pour Module 2 facultatif : Fièvre (plus détaillé)**   |
| **126** | Quelquefois les adultes qui s’occupent d’enfants doivent s’absenter de la maison pour aller faire des courses, laver le linge ou pour d’autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants à la maison. Combien de jours cette semaine [NOM] a-t-il/elle été laissé/e seul/e pour plus d’une heure? | [\_\_|\_\_] jours |  |
| **127** | Combien de jours cette semaine [NOM] a-t-il/elle été gardé/e par un autre enfant (c’est-à-dire quelqu’un âgé de moins de 10 ans) pour plus d’une heure? | [\_\_|\_\_] jours |  |
| **128** | [NOM] a-t-il/elle dormi sous une moustiquaire la nuit dernière? | OuiNon | 12 |  |
| **129** | Je ne cherche pas à savoir les résultats, mais est-ce que [NOM] a-t-il/elle jamais été dépisté du virus de SIDA ? | OuiNon | 12 | **Si Non: 201** |
| **130** | Je ne cherche pas à savoir les résultats, mais connaissez-vous le résultat du test fait à [NOM]? | OuiNon | 12 |  |

* **FIN DE SECTION -**

**SECTION 2: ÉDUCATION DE L’ENFANT ET TRAVAIL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** | **SAUTER** |
| **201** | **FILTRE:** Âge de l’enfant (Question 402) | 5 ans ou plus3 à 4 ans 0 à 2 ans | 123 | **Si 3 à 4 ans: 213****Si 0 à 2 ans: 301** |
| J'ai maintenant quelques questions pour vous à propos de la scolarité et des tâches de [NOM]. |
| **202\*** |  [NOM] est-il/elle actuellement inscrit/e à l'école? | OuiNon | 12 | **Si Non: 206** |
| **203\*** | Durant la dernière semaine d’école, [NOM] a-t-il/elle manqué des jours d'école pour une quelconque raison? | OuiNon | 12 | **Si Non: 205** |
| **204** | Pourquoi [NOM] a-t-il/elle manqué des jours d'école au cours de la dernière semaine d'école?**Ne pas lire les réponses. Enregistrer seulement une réponse principale.** | Pas d'argent pour les frais de scolarité, fournitures, transportEnfant trop malade pour aller à l’écoleÉcole trop loin / pas d’écoleEnfant doit travailler pour aider la famille Enfant doit prendre soin de membres de la famille maladesL’enfant n’aime pas l’écoleAutre raison: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 12345666 |  |
| **205\*** | Dans quel (classe/cycle/année scolaire) [NOM] se trouve-t-il/elle actuellement? **Choisir “classe”, “cycle” or “année”.** | [\_\_|\_\_] | **Tout: 208** |
| **206\*** | Pourquoi [NOM] n'est-il/elle pas inscrit/e à l'école? **Ne pas lire les réponses. Enregistrer seulement une réponse principale.** | Pas d'argent pour les frais de scolarité, fournitures, transportEnfant trop malade pour aller à l’écoleÉcole trop loin / pas d’écoleEnfant doit travailler pour aider la famille Enfant doit prendre soin de membres de la famille maladesL’enfant n’aime pas l’écoleEnfant trop jeune pour aller à l’école Autre raison: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 123456766 |  |
| **207** |  [NOM] a-t-il/elle déjà été à l’école?  | Oui Non | 12 | **Si Non : 211** |
| **208** | [NOM] est-il/elle été inscrit/e à l'école l’année passe? | Oui Non | 12 | **Si Non : 210** |
| **209\*** | Dans quel (classe/cycle/année scolaire) [NOM] était-il/elle l’année dernière?**Choisir “classe”, “cycle” or “année”.** | [\_\_|\_\_] |  | **Tout : 211** |
| **210** | Quel est le plus haut (classe/cycle/année scolaire) que [NOM] a terminé? |  [\_\_|\_\_] |  |
| **211** | Au cours des 6 derniers mois, [NOM] a-t-il/elle travaillé pour une rémunération en argent ou en nature?  | OuiNon | 12 | **Si Non: 301** |
| **212** | Qu’as-tu fait [NOM] pour gagner cette rémunération? **Approfondir:** Quoi d’autre?**Plusieurs réponses possibles. Encerclez toutes les réponses mentionnées.** | Tâches domestiques, garde d’enfant pour une autre famille | 1 | **Tout: 301** |
| Vente/colportage de marchandise | 2 |
| Travaux, par ex. agricoles, de construction | 3 |
| Autre chose: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | 66 |
| **213** | [NOM] fait-il/ elle partit d’un programme éducatif organisé ou d’éducation de la petite enfance, tel qu’un établissement privé ou gouvernemental, y compris une maternelle ou garderie communautaire? | OuiNon | 12 | **Si Oui: 301** |
| **214** | Au cours des 3 derniers jours, est-ce que vous ou un autre membre du foyer âgé de plus de 15 ans avez fait les activités suivantes avec [NOM]:**Lire les réponses a au f une par une.**  |  |  |  | Oui | Non  |  |
| 1. Lire des livres à [NOM], regarder des livres d’images avec [NOM]?
 | 1 | 2 |
| 1. Raconter des histoires à [NOM]?
 | 1 | 2 |
| 1. Chanter des chansons à [NOM] ou avec [NOM] y compris des berceuses?
 | 1 | 2 |
| 1. Faire une sortie avec [NOM] en dehors de la maison, concession, cour ou enceinte?
 | 1 | 2 |
| 1. Jouer avec [NOM]?
 | 1 | 2 |
| 1. Nommer, compter ou dessiner des choses pour [NOM] ou avec lui/elle?
 | 1 | 2 |

**--- FIN DE SECTION ---**

**SECTION 3: CONSOMMATION ALIMENTAIRE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** | **SAUTER À** |
| **301** | Filtre: Âge de l’enfant (Question 402) | 2 ans ou plus0 à 1 an | 12 | **Si 0-1 an:401** |
| Maintenant je voudrais vous poser des questions sur ce que [NOM} mange et boit. |
| **Espace réservé pour Module 3 facultatif: Diversité alimentaire** |
| **302** | Au cours des 4 dernières semaines, [NOM] a-t-il/elle fait un plus petit repas que ce dont il/elle avait besoin selon vous parce qu’il n’y avait pas suffisamment de nourriture?  | OuiNon | 12 | **Si Non: 304** |
| **303** | **Si Oui –**Combien de fois cela est-il arrivé?**Lire les réponses à haute-voix.** | Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines) | 123 |  |
| **304** | Au cours des 4 dernières semaines, [NOM] a-t-il/elle dû sauter un repas parce qu’il n’y avait pas suffisamment à manger? | OuiNon | 12 | **Si Non: 306** |
| **305** | **Si Oui –**Combien de fois cela est-il arrivé?**Lire les réponses à haute-voix.**  | Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines | 123 |  |
| **306** | Au cours des 4 dernières semaines, [NOM] a dû aller au lit le ventre vide le soir parce qu’il n’y avait pas suffisamment à manger? | OuiNon | 12 | **Si Non: 308** |
| **307** | **Si Oui –**Combien de fois cela est-il arrivé?**Lire les réponses à haute-voix.**  | Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines) | 123 |  |
| **308\*** | Au cours des 4 dernières semaines, [NOM] a-t-il/elle passé toute une journée et une nuit sans manger parce qu’il n’y avait pas suffisamment de nourriture? | OuiNon | 12 | **If Non: 401** |
| **309** | **Si Oui –**Combien de fois cela est-il arrivé?**Lire les réponses à haute-voix.**  | Rarement (1 à 2 fois au cours des 4 dernières semaines)Quelquefois (3 à 10 fois au cours des 4 dernières semaines)Souvent (plus de 10 fois au cours des 4 dernières semaines) | 123 |  |

**--- FIN DE SECTION ---**

**SECTION 4: ACCÈS À LA PRÉVENTION, AUX SOINS ET AU SOUTIEN EN MATIÈRE DE VIH**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** |
| **401** | Je vais lire à haute voix une liste d’articles et de services. Dites-moi si [NOM de l’enfant] ou toute autre personne de votre ménage a reçu ces articles ou ces services ou a eu accès à l’un d’entre eux au cours des 6 derniers mois.**Lire les services à haute voix.**AJOUTER/ADAPTER CATÉGORIES DE RÉPONSES COMME IL CONVIENT |  | Oui | Non |
| 1. Assistance (psychosociale) de la part de visiteurs à domicile ou assistants sociaux
 | 1 | 2 |
| 1. Soins de santé de la part d’un professionnel de la santé
 | 1 | 2 |
| 1. Frais de scolarité payés par une organisation
 | 1 | 2 |
| 1. Fournitures scolaires ou uniforme gratuits
 | 1 | 2 |
| 1. Compléments de vitamine A de la part d’une organisation
 | 1 | 2 |
| 1. Complément alimentaire d’urgence
 | 1 | 2 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**--- FIN DE SECTION ---**

**SECTION 5: POIDS ET TAILLE**

Nous avons presque fini! Puis-je [peser/mesurer] votre enfant?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº** | **Question** | **Catégorie de codage** |
| **501\*** | **Peser et mesurer la taille de l’enfant. Documenter ses mesures.**  | 1. Poids
 | [\_\_|\_\_|\_\_] Kg |
| 1. Taille
 | [\_\_|\_\_|\_\_] Cm |
| 1. MUAC
 | [\_\_|\_\_].[\_\_|\_\_] Cm |

Je suis arrivé à la fin de mes questions. Y a-t-il autre chose que vous désirez ajouter ou nous demander?

|  |
| --- |
|  |

Merci d’avoir participé à cette entrevue!

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **012** | HEURE DE FIN DE L’ENTREVUE | [\_\_|\_\_|:[\_\_|\_\_] |