

Annexe 3 : Questionnaire sur l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE)

Nom et code de la Préfecture : _____

Nom et code du district sanitaire : _____

Village/ Quartier : _____

Date de l'enquête : _____ **Numéro de la grappe:** _____ **Numéro de l'équipe:** _____

Nom de l'enquêteur : 1)..... 2)..... ;

Nom du Chef d'équipe: Nom du superviseur :

[illegible]

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 16 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | 1= Robinet 2= Puits 3= Rivière 4= Pluie 5= Autre (à précise r) | | | 1= Oui, une fois 2= Oui, deux fois 3= Oui, trois fois 4= Oui, quatre fois 0 = Non (n'a rien mangé) | | | | | | | | | | | |

| | Inclure tous les enfants âgés de 0 à 23 mois. Posez les questions ci- dessous à la mère ou à la personne en charge de l'enfant. Posez toutes les questions | | | |
|-----|---|---|--|--|
| 101 | Numéro de l'enfant (se référer à la fiche de composition du ménage) | N° ID/____/Men/____/ | N° ID/____/Men/____/ | N° ID/____/Men____/ |
| 102 | Sexe de l'enfant (1= M, 2= F) | /____/ | /____/ | /____/ |
| 103 | Age de l'enfant en mois | Age en mois /____/ | Age en mois ____/ | Age en mois ____/ |
| 104 | Avez-vous allaité (nom) depuis sa naissance ? | Oui.....1 Non.....2 si non passer à 106 | Oui.....1 Non.....2 si non passer à 106 | Oui.....1 Non.....2 si non passer à 106 |
| 105 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (nom) au sein pour la 1 ^{er} fois ? | Immédiatement...1 <1 Heure.....2 1H à 24 h.....3 2-3 jours.....4 | Immédiatement...1 <1 Heure.....2 1H à 24 h.....3 2-3 ours.....4 | Immédiatement...1 <1 Heure.....2 1H à 24 h.....3 2-3 ours.....4 |

| | | | | |
|-----|--|----------------------|----------------------|----------------------|
| | | Ne sait pas.....8 | Ne sait pas..... 8 | Ne sait pas.....8 |
| 106 | Cet enfant (nom) a-t-il tété le sein hier pendant le jour ou la nuit ? | Oui Non NSP 1 2 3 | Oui Non NSP 1 2 3 | Oui Non NSP 1 2 3 |
| 107 | Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide (nom) a-t-il bu hier pendant le jour ou la nuit ? | | | |
| | | OUI NON SP | OUI NON SP | OUI NON SP |
| | a) Eau ? | a. 1 2 8 | a. 1 2 8 | a. 1 2 8 |
| | b) Lait artificiel pour bébé (Nursie, guigoz, Nan etc.) ? | b. 1 2 8 | b. 1 2 8 | b. 1 2 8 |
| | c) Tout autre type de lait, comme le lait en poudre ou en liquide d'animaux, etc. | c. 1 2 8 | c. 1 2 8 | c. 1 2 8 |
| | d) Jus de fruit (mangue, orange, goyave ou autres) | d. 1 2 8 | d. 1 2 8 | d. 1 2 8 |
| | e) Thé, café, autres tisanes | e. 1 2 8 | e. 1 2 8 | e. 1 2 8 |
| | f) Autres liquide tels que l'eau sucrée, les boissons gazeuses, bouillons ou autres etc. ? | f. 1 2 8 | f. 1 2 8 | f. 1 2 8 |
| | g) Yaourt | g. 1 2 8 | g. 1 2 8 | g. 1 2 8 |
| | h) Bouillie claire ou soupe | h. 1 2 8 | h. 1 2 8 | h. 1 2 8 |
| 108 | Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture (nom) a-t-il reçu hier pendant le jour ou la nuit. | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | Nombre de fois..... NE SAIT PAS : 8 | Nombre de fois..... NE SAIT PAS : 8 | Nombre de fois..... NE SAIT PAS : 8 |
|--|--|--|--|--|