

**ENQUÊTE NATIONALE SUR LA NUTRITION ET LA MORTALITE RETROSPECTIVE CHEZ LES ENFANTS AGES
DE 0 A 59 MOIS SELON LA METHODOLOGIE SMART NIGER 2025**

SECTION I. IDENTIFICATION		
Q1	REGION DE :	_ _
Q2	DEPARTEMENT DE	_ _ _ _
Q3	COMMUNE DE	_ _ _ _
Q4	NUMERO DE LA ZONE DE DENOMBREMENT (ZD)/GRAPPE	_ _ _ _
Q5	NOM DU VILLAGE :.....	_ _ _ _
Q6	NUMERO DU MENAGE DANS LA GRAPPE	_ _ _
Q7	NOM ET PRENOM DU CHEF DE MENAGE.....	
Q8	DATE DE L'ENQUETE (JOUR-MOIS-ANNEE)	_ _ / _ _ / 2 0 2 5
Q9	NUMERO DE L'EQUIPE	_ _ _

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

Date Enquêt | | / | / | |

Numéro Grap | | | |

Numéro Equi | | |

Numéro Ménage : |

Période de Rappel : depuis la fête de Tabaski (06 Juin 2025)

N° ligne	S'il vous plaît, donnez-moi le nom des personnes actuellement présentes dans votre ménage en commençant par le chef de ménage	Sexe (M=Masculin F=Féminin)	Age en Années (si l'enfant < 1 an, écrire '0')	A rejoint le ménage depuis la fête de Tabaski (06 Juin 2025) à aujourd'hui (O=Oui, n=Non) exclure naissances	A quitté le ménage depuis la fête de Tabaski (06 Juin 2025) à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Est né entre le jour de la fête de Tabaski (06 Juin 2025) à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Est décédé entre le jour de la fête de Tabaski (06 Juin 2025) à aujourd'hui (O=Oui, n=Non)	Observations
L1	L2	L3	L4	L5	L6	L7	L8	L9
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								

II.1. ANTHROPOMETRIE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

Si l'âge ou la date de naissance de l'enfant n'est pas connu, mesurer l'enfant seulement si il/elle mesure moins de 110 cm.

N° ligne enfant (L1)	Noms et Prénoms de l'enfant	Sexe (M=Masculin F=Féminin)	Date de Naissance JJ/MM/AAAA	Age en mois (a remplir seulement si pas date de naissance)	Poids (kg) (00.0)	Taille (cm) (000.0)	Taille (1=Debout: T≥87cm, 2=Couchée: T<87cm)	Edème Bilatéral (y=Oui, n=Non)	PB (mm) (000) Bras Gauche	Enfant [nom] a-t-il un carnet/carte de vaccination? Si oui vérifier la VAR à travers la date de vaccination. Sinon, demander s'il a été vacciné contre la rougeole depuis l'âge de 9 mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardiennne 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il reçu de la Vitamine A (en montrant la capsule à la mère/gardiennne) au cours des 6 derniers mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardiennne 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il reçu de Déparasitant (en montrant le comprimé à la mère/gardiennne) au cours des 6 derniers mois. 1=Oui, vérifié sur carnet/carte 2. Oui, mais selon la déclaration de la mère/gardiennne 3. Non 4. Ne sait pas	Enfant [nom] a-t-il eu une infection respiratoire aiguë (toux, difficultés respiratoires, écoulement des narines ou nez bouché) au cours des 2 dernières semaines ? 1. Oui 2. Non 3. NSP	Enfant [nom] a-t-il fait la diarrhée au cours des 2 dernières semaines ? (au moins 3 selles liquides par jour) 1. Oui 2. Non 3. NSP	Enfant [nom] a-t-il eu de la fièvre (corps plus chaud que d'habitude) au cours des 2 dernières semaines ? 1. Oui 2. Non 3. NSP	Test d'anémie (taux d'hémoglobine) Hb (00.0)	Enfant [nom] dispose-t-il d'au moins deux (2) jouets dédiés ? 1. Oui 2. Non 3. NSP
E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18
			Jour Mois Année	Mois						VAR							
			Jour Mois Année							VAR							
			Jour Mois Année							VAR							
			Jour Mois Année							VAR							
			Jour Mois Année							VAR							
			Jour Mois Année							VAR							
			Jour Mois Année							VAR							

ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT		
Inclure tous les enfants âgés de 0 à 23 mois, Posez les questions ci-dessous à la mère de l'enfant ou la personne qui s'occupe de lui.		
ANJE1	Nom a-t-il/elle une fois été allaité?	OUI.....1 NON.....2 Sinon aller à ANJE 08
ANJE2	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (Nom) au sein pour la première fois ?	Immédiatement.....1 Moins d'une heure.....2 Moins de 24 heures (entre 1 et 23 heures).....3 Plus de 24 heures.....4 Ne sait pas.....8
ANJE3	Est-ce que a bénéficié du colostrum à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
ANJE4	Allaitez-vous encore nom?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8 Sinon ou Ne sait pas aller à ANJE 08
ANJE5	Pendant combien de mois avez-vous allaité nom ?	
ANJE6	Est-ce que dans les deux premiers jours après l'accouchement, Nom a-t-il reçu autre chose que du lait maternel pour manger ou boire ?	
ANJE7	Est-ce que a bu quelque chose au biberon hier durant le jour ou la nuit ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
ANJE08	ANJE08: JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES A-T-IL BU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT.	
anje08a	a. Eau	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08b	b. Lait artificiel pour bébé comme Nursi, Nativa, Guigoz ou autre hier pendant la journée ou la nuit ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08b1	b1. Combien de fois a-t-il pris " Lait artificiel pour bébé comme Nursi, Nativa, Guigoz ou autre hier pendant la journée ou la nuit "?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08b2	b2. Est-ce que le lait était sucré?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08c	c. Tout autre lait comme lait en boîte, en poudre, ou lait frais d'origine animale(vache,chamelle, chevre, brebis etc)	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08c1	c1. Combien de fois a-t-il pris "Tout autre lait comme lait en boîte, en poudre, ou lait frais"?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08c2	C2. Est-ce que le lait était sucré?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08d	d. Jus de fruits?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8

anje08e	e. Bouillon clair?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08f	f. Yaourt?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08f1	f1. Combien de fois a-t-il pris "Yaourt"?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08f2	f2. Est-ce que le Yaourt était sucré?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08g	g. Bouillie diluée?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08h	h. Café , thé, tisane et decoction?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08h1	h1. Est-ce que le Café , thé, tisane et decoction étaient sucré?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08i	i. Autres liquides (boissons gazeuses , eau coranique, eau de zam zam, eau + datte et autre liquide)?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje08i1	h1. Est-ce que le liquide était sucré?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
ANJE09	ANJE09. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELLES NOURRITURES A-T-IL RECU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. Décrivez tout ce qu'a mangé hier, dans la journée ou la nuit, que ce soit à domicile ou ailleurs.	
anje09a	a. Céréales: Bouillie, Pain, Galette(Beignet) ,autres aliments à base de céréales (tels que Couscous, Riz avec sauce ou Pâte à base mil, sorgho ou autre céréale ?)	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09b	b. Carottes, Courges, Citrouille ou Patate douce à chair jaune ou orange ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09c	c. Pommes de terre à chair blanche, ignames à chair blanche, manioc ou autres tubercules ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09d	d. légumes à feuilles vert foncé(feuille baobab, molohiya/facou, feuille d'oignon, toutes feuilles sauvage) ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09d_1	d. légumes à feuilles vert foncé en riche vitamine A (feuille d'oseille, moringa, feuille de patate, feuille de courge, feuille de haricot, feuille de manioc) ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09e	e. Mangues mûres, papayes mûres, Mêlon, Pastèque ou tout autre fruit riche en vitamine A ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8

anje09f	f. Autre Fruits ou Légumes(aubergine, ail, oignon, dattes, orange, citron...) ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09g	g. Foie, rognon, cœur ou autres abats?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09h	h. Viande : Bœuf, mouton, chèvre, poulet, pintade ou canard ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09i	i. Œufs ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09j	j. Poisson frais ou séché ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09k	k. Arachides, Niébé, Sésame, Lentilles, et autres noix ou légumineuses ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09l	l. Produits Lactés: fromage, yaourt ou lait caillé ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09m	m. Huile, graisse ou beurre ou tout aliment en contenant ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09n	n. Tous aliments sucrés tels que chocolats, bonbons, friandises, pâtisseries, gâteaux ou biscuits ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09o	o. Condiments aromatiques tels que piments, épices, herbes ou poudres de	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09p	p. Insectes (craquelins), larves ou escargots ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje09q	q. Aliments préparés avec de l'huile de palme rouge, de la noix de palme rouge ou de la pulpe de noix de palme rouge ?	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
anje10	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides/semi-solides? Si plus de 7 fois noter 7 fois	Nombre de fois

Niveau d'hémoglobine (chez les femmes âgées de 10 à 49 ans
et enfants éligibles 6 à 59 mois)
demande du consentement au parent/responsable de l'enquête
pour le test d'anémie
Noms et N° de ligne du parent/responsable : _____
/ _ / _ /

Dans cette enquête, nous demandons aux parents des enfants
dans tout le pays de participer au test d'anémie.
L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte
généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de
programmes pour prévenir et traiter l'anémie.
Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang
d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement
propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera
jeté après chaque test.
résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à
personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser ?
Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test, c'est votre
droit.

Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?
mh.2 résultat de la demande du consentement de l'enquêtée
Acceptée.....1
Refusé.....2

mh.3 renseigner le niveau d'hémoglobine

Femmes adultes (10 ans à 49 ans)

demande du consentement de l'enquêtée pour le test d'anémie

Dans cette enquête, nous demandons aux femmes comme
(prénom de l'adolescente) dans tout le
pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème
de santé sérieux qui résulte
généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de
maladies chroniques. Les résultats de
cette enquête permettront d'aider le gouvernement à
développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.
Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang
d'un doigt. Pour ce test, on
utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été
utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.
Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats
seront communiqués à vous

. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront
transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.

Avez-vous des questions à me poser ?

Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test de (prénom de
l'adolescente), c'est votre décision.

Autorisez-vous (prénom de l'adolescente) à participer au test
d'anémie ?

mh.2 résultat de la demande du consentement de l'enquêtée

mh.2 Statut de la femme

- 1 = Enceinte
2 = Allaitante
3 = Enceinte et allaitante
4 = Non enceinte non allaitante

mh.3 renseigner le niveau d'hémoglobine..... / _ / _ /

PB_FEMME Enregistrez le périmètre brachial de (Nom) ?
/ _ / _ / . / _ /

CONSOMMATION ALIMENTAIRE CHEZ LA FEMME 10 à 49 ANS DANS LES DERNIERES 24 HEURES

Diversité alimentaire chez la femme	Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture (NOM) a-t-il mangé/bu hier pendant le jour	
CEREALE	1. CEREALES : Sorgho, mil, maïs, blé, riz, pâtes (spaghettis et autres), pain/galette, beignets (non sucrés) ;	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
TUBERCULE	2. TUBERCULES BLANCS ET RACINES : Pommes de terre blanches, ignames blancs, manioc ou aliments à base de racines	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
LEGUMINEUSE	3. LEGUMINEUSES : Niébé, pois, lentilles ou aliments dérivés de haricots ou des pois.	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
NOIX ET GRAINES	4. NOIX ET GRAINES : Toute noix, arachide ou certaines graines, ou beurres/pâtes de noix ou de graines ou autres aliments dérivés	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
LAIT	5. LAIT ET PRODUITS LAITIERS : Lait, fromage, yaourt ou autres produits laitiers	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
VIANDE	6. Viande, volaille : chèvre, mouton, bœuf, poulet, chameau, gibier,	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
ABATS	7. Abats : Foie, rognons, cœur et autres abats ou aliments élaborés à partir de sang	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
POISSON	8. POISSON ET FRUITS DE MER : Poisson frais ou séché (carpes, silures, capitaine, thon en boîte, sardine, etc) ou crustacés	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
OEUF	9. ŒUFS	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
FEUILLE	10. LEGUMES VERT FONCÉ À FEUILLES : Légumes vert foncé à feuilles, espèces sauvages incluses + feuilles riches en vitamine A disponibles localement telles que les feuilles de manioc, etc.	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
LEGUME	11. LEGUMES ET TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A : Citrouille, carotte, courge ou patates douces dont la chair est orange + autres légumes riches en vitamine A disponibles localement (ex. poivron)	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
FRUIT	12. FRUITS RICHES EN VITAMINE A : Mangues mûres, Papaye, melon cantaloup, abricots secs, pêches sèches + autres fruits riches en vitamine A disponibles localement	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
AUTRE LEGUME	13. AUTRES LEGUMES : Tomate, oignon, aubergine, espèces sauvages incluses	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
AUTRE FRUIT	14. AUTRES FRUITS : Banane, pomme, citron, mandarine, etc...	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8
HUILE	15. HUILES ET GRAISSES : Huile, graisses ou beurre ajoutés aux aliments ou utilisés pour la cuisson	OUI.....1 NON.....2 Ne sait pas.....8

EAU HYGIENE ET ASSAINISSEMENT

N°	QUESTION	CODES RÉPONSES	
WS1	Quelle est la source principale d'eau de boisson pour les membres de votre ménage? NE PAS LIRE LES REPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	Robinet/Fontaine publique1 Mini aduction d'eau /Forage 2 Puits protégé (avec couvercle)3 Source d'eau protégée 4 Eau de pluie collectée 5 Source d'eau non protégée 6 Puits non protégé7 Eau en bouteille/Sachet8 Eau de surface (exemple rivière, étang)..... 9 Autres98 Ne sais pas 99	_ _
WS2	Quel type de latrines votre ménage utilise-t-il ? NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	Chasse d'eau à un système d'égout1 Chasse d'eau à une fosse septique.....2 Fosses/latrines ventilées améliorées.....3 Latrines avec dalle4 Latrines sans dalle/trou ouvert5 Seau/tinette6 Pas de toilettes/nature.....7	_ _ SI LA REPONSE EST 4, ALLER À WS7
WS3	Dans quelle circonstance lavez-vous les mains POSER LA QUESTION A LA MERE/GARDIENNE DE L'ENFANT ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	AVANT DE PRÉPARER LES REPAS..... 1 AVANT DE DONNER À MANGER AUX ENFANTS.....2 APRÈS ÊTRE ALLÉ AUX TOILETTES3 APRÈS AVOIR NETTOYÉ UN ENFANT QUI A FAIT LES SELLES4 AVANT DE MANGER 5	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _
WS4	Que faites-vous des ordures ménagères ? NE PAS LIRE LES RÉPONSES (UNE SEULE RÉPONSE POSSIBLE)	JETER DANS LA NATURE (rue, hors de la cour, marre).....1 DEPOSER DANS UNE FOSSE FERME.....2 DEPOSER DANS UNE FOSSE OUVERTE3 DEPOSER DANS LES BACS A ORDURES.....4 BRULER.....5 METTRE A COTE (ENTASSEES DANS LA COUR)6 NE SAIT PAS8 AUTRE9	_ _

CARACTERISTIQUES SOCIO-ECONOMIQUES DES MENAGES

Section B : Caractéristiques socio-économiques

Q.0. Sexe du chef du ménage : Masculin 2: Féminin		1: _____ / ____ / ____
Q. 1. Nom du (de la) Répondant (e) : <i>Numéro de téléphone si possible :</i>		_____
Q. 2. Identifiant du (de la) Répondant(e) (Voir sur le questionnaire mortalité) :		/ ____ / ____ / ____
Q. 3. Statut matrimonial de la mère/gardienne de l'enfant? 1. Mariée 2. Célibataire 3. Divorcée 4. Veuve		/ ____ /
Q. 4. Niveau d'instruction le plus élevé atteint de la mère/gardienne de l'enfant? 1. Aucun 2. Alphabétisé 3. Niveau Primaire 4. Niveau Secondaire 5. Niveau Supérieur		/ ____ /
Q. 5. Quelle est la principale source de revenu du ménage 1. Agriculture 2. Elevage 3. Pêche 4. Artisanat 5. Commerce / Entreprise 6. Petit Commerce 7. Transport 8. Activité occasionnelle génératrice de revenus 9. Salarié du public 10. Autre Emploi Salarie 11. Autre (Spécifier)		_____ _____

TEST D'IODATION DU SEL IODE

SEL1. Demandez à voir le sel en cours d'utilisation dans son récipient de conservation.

Non iodé - 0 PPM (Fond blanc)1

Plus de 0 PPM & moins de 15 PPM (Fond bleu clair)2

15 PPM ou plus (Fond bleu foncé).....3

Pas de sel dans le ménage.....4

Sel non testé.....5

Autres raisons à préciser.....99

SEL3 Demander l'accord du ménage pour le prélèvement un échantillon de sel et le mettez dans un sachet.

Oui.....1

Non.....2