

ANNEXE G : QUESTIONNAIRES

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE

HH

HH1. Numéro de grappe: _____	HH2. Numéro de ménage: _____
HH2A. Sélectionné pour enquête/enquêtrice:	Oui.....1 Non 2
HH3. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice:	HH4. Nom et code du chef d'équipe:
Nom _____	Nom _____
HH5. Jour/Mois/Année de l'interview: _____ / _____ / _____	
HH6. Milieu:	HH7. Préfecture:
Urbain..... 1	Ombella Mpoko 01
Rural..... 2	Lobaye..... 02
	Mambéré Kadéï 03
	Nana Mambéré..... 04
	Sangha Mbaéré..... 05
	Ouham Péné..... 06
	Ouham..... 07
	Kémo..... 08
	Nana Grébizi..... 09
	Ouaka..... 10
	Haute Kotto..... 11
	Bamingui-Bangoran..... 12
	Vakaga..... 13
	Basse Kotto..... 14
	Mbomou..... 15
	Haut Mbomou..... 16
	Bangui..... 17

NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE D'ENQUETEURS DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée ➔ Allez à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.
 Non, permission non accordée ➔ Complétez HH9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

Après avoir rempli tous les questionnaires pour le ménage, complétez les informations suivantes:

HH8. Nom du chef de ménage: _____	
HH9. Résultat de l'interview du ménage	HH10. Enquêté(e) pour le questionnaire ménage:
Rempli..... 01	Nom: _____
Pas de membre de ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite des enquêteurs..... 02	Numéro de ligne: _____
Ménage entier absent pour longue durée..... 03	
Refusé..... 04	
Logement vide/ pas de logement à l'adresse..... 05	HH11. Nombre total de membres du ménage:
Logement détruit..... 06	_____
Logement pas trouvé..... 07	
Autre (précisez)..... 96	
HH12. Nombre de femmes de 15-49 ans: _____	HH13. Nombre de questionnaires Femmes remplis: _____
HH12A. Nombre d'hommes de 15-49 ans: _____	HH13A. Nombre de questionnaires Hommes remplis: _____
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans: _____	HH15. Nombre de questionnaires pour les moins de 5 ans remplis: _____
HH16. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code):	HH17. Agent de saisie (Nom et code):
Nom _____	Nom _____

9.16	Utilisation de condom avec partenaires non-réguliers	SB	Nombre de femmes/hommes de 15-24 ans qui ont utilisé un condom durant leurs rapports sexuels avec leur dernier partenaire autre que le mari ou le partenaire cohabitant, dans les 12 mois précédant l'enquête	Nombre total de femmes/hommes de 15-24 ans qui ont eu un partenaire autre que le mari ou le partenaire cohabitant dans les 12 mois précédant l'enquête	OMD 6.2
9.17	Conditions d'accueil des enfants	HL	Nombre d'enfants de 0-17 ans qui ne vivent pas avec un parent biologique	Nombre total d'enfants de 0-17 ans	
9.18	Prévalence d'enfants dont au moins un des parents est décédé	HL	Nombre d'enfants de 0-17 ans qui ont au moins un parent décédé	Nombre total d'enfants de 0-17 ans	
9.19	Fréquentation scolaire des orphelins	HL - ED	Nombre d'enfants de 10-14 ans orphelins de père et de mère qui fréquentent l'école	Nombre d'enfants de 10-14 ans dont les 2 parents sont décédés	OMD 6.4
9.20	Fréquentation scolaire des non-orphelins	HL - ED	Nombre d'enfants de 10-14 ans dont les 2 parents sont vivants, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux et qui fréquentent l'école	Nombre d'enfants de 10-14 ans dont les 2 parents sont vivants, qui vivent avec au moins l'un d'entre eux	OMD 6.4

¹⁹ Indique que l'indicateur est également calculé pour les hommes, pour les mêmes groupes d'âges, dans les enquêtes où le questionnaire individuel Homme a été inclus. Les calculs sont faits à partir des informations provenant des modules du questionnaire Homme.

¹⁹ Certains indicateurs sont construits en utilisant des questions figurant dans plusieurs modules. Dans ce cas, seul(s) le(s) module(s) qui contient (contiennent) la plus grande partie des informations nécessaires est (sont) indiqué(s).

²⁰ Indicateurs OMD de février 2010

²¹ Indicateur défini comme la "Probabilité de décéder entre la naissance et avant le cinquième anniversaire, pour la période de 5 ans précédant l'enquête, quand estimé à partir de l'historique des naissances.

²² Indicateur défini comme la "Probabilité de décéder entre la naissance et avant le premier anniversaire, pour la période de 5 ans précédant l'enquête, quand estimé à partir de l'historique des naissances.

²³ Nourrissons allaités et qui ne reçoivent pas d'autres liquides ou aliments à l'exception de solutions de réhydratation orale, gouttes et sirops (vitamines, minéraux ou médicaments)

²⁴ Nourrissons qui reçoivent du lait maternel et certains liquides (eau, boissons à base d'eau, jus de fruits, liquides rituels, solutions de réhydratation orale, gouttes, vitamines, minéraux et des médicaments) mais ne reçoivent rien d'autre (en particulier du lait animal et des liquides à base d'aliments)

²⁵ Enfants allaités : Aliments solides, semi-solides ou bouillies, 2 fois par jour pour les enfants de 6-8 mois, 3 fois par jour pour les enfants de 9-23 mois ; Enfants non-allaités : Aliments solides, semi-solides ou bouillies ou lait 4 fois par jour pour les enfants de 6-23 mois

²⁶ Nourrissons de 0-5 mois qui sont exclusivement allaités et enfants de 6-23 mois qui sont allaités et qui reçoivent des aliments solides, semi-solides ou des bouillies

²⁷ Les Indicateurs 3.1, 3.2, 3.3, 3.4, 3.5 et 3.6 peuvent se calculer pour des groupes d'âges plus âgés, tels que 15-26 mois ou 18-29 mois, en fonction du calendrier de vaccinations du pays.

²⁸ Se référer au manuel de MICS pour une description plus détaillée

²⁹ Une MII est : a) une moustiquaire traitée industriellement qui ne nécessite pas d'autre traitement, b) une moustiquaire prétraitée obtenue au cours des 12 derniers mois, c) une moustiquaire qui a été trempée dans de l'insecticide au cours des 12 derniers mois

³⁰ Indicateur est défini comme « Taux de fécondité par âge spécifique des femmes de 15-19 ans pour la période de 3 ans précédant l'enquête » quand l'historique des naissances est utilisé

³¹ Se référer au manuel de MICS4 pour une description détaillée

³² Utiliser des condoms et limiter les relations sexuelles à un partenaire fidèle et non infecté

³³ Transmission durant la grossesse, l'accouchement et par l'allaitement

³⁴ Femmes (1) qui pensent qu'un enseignant qui a le SIDA devrait être autorisé à enseigner à l'école, (2) qui achèterait des légumes à un vendeur qui a le virus du SIDA, (3) qui ne voudrait pas garder le secret si un membre de sa famille est infecté par le virus du SIDA et (4) qui serait d'accord pour s'occuper d'un membre de sa famille qui serait infecté par le virus du SIDA

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE

HH18.

Enregistrez l'heure:

Heure ---

Minutes ---

HL

TOUT D'ABORD, DONNEZ-MOI, S'IL VOUS PLAIT, LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MÉNAGE. Enregistrez le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrez tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4). Demandez ensuite: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON ? Si oui, complétez la liste pour les questions HL2-HL4. Posez ensuite toutes les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Utilisez un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la feuille ménage ont été utilisées.

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL7. Encerchez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL8. Encerchez le numéro de ligne si QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT?	HL9. Pour les moins de 5 ans :	HL10. EST-CE QUE LA MERE A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE?	HL11. EST-CE QUE LA MERE DE (nom) EST EN VIE?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?
01		0 1	1 2	---	---	01	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
02		---	1 2	---	---	02	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
03		---	1 2	---	---	03	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
04		---	1 2	---	---	04	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
05		---	1 2	---	---	05	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
06		---	1 2	---	---	06	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
07		---	1 2	---	---	07	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE HL (suite)

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL7. Encerchez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL8. Encerchez le numéro de ligne si QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT?	HL9. Pour les moins de 5 ans :	HL10. EST-CE QUE LA MERE A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE?	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST EN VIE?
08		---	1 2	---	---	08	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
09		---	1 2	---	---	09	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
10		---	1 2	---	---	10	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
11		---	1 2	---	---	11	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
12		---	1 2	---	---	12	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
13		---	1 2	---	---	13	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
14		---	1 2	---	---	14	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---
15		---	1 2	---	---	15	Mère	---	1 2	1 2 8	---	1 2 8	---

Cochez ici si questionnaire supplémentaire utilisé

Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrez son nom, son numéro de ligne et les autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire individuel Femme séparé. Pour chaque enfant de moins de 5 ans, enregistrez son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de sa gardienne dans le panneau d'information d'un questionnaire séparé pour les enfants de moins de 5 ans. Vous devez avoir maintenant un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans du ménage.

*Codes pour HL3: Lien de parenté avec le chef de ménage:

01	01 Chef de ménage	05	Petit-fils/Petite-fille	09	Beau-frère / Belle-sœur	13	Enfant adopté/en garde/enfant du conjoint
02	02 Épouse / Époux	06	Mère / Père	10	Oncle / Tante	14	Sans lien de parenté
03	03 Fils / Fille	07	Beau-père/Belle-mère	11	Nièce / Neveu	98	Ne Sait Pas
04	04 Gendre/Belle-fille	08	Frère / Sœur	12	Autre parent		

ED

ÉDUCATION

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus		Pour les membres du ménage de 5-24 ans									
ED1. No de ligne	ED2. Nom et âge Copier à partir de la liste des membres du ménage, de HL2 et HL6	ED3. (Nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE? 1 Oui 2 Non → ligne suivante	ED4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU? Niveau : 0 Maternelle 98 NSP 1 Primaire 2 Secondaire d'1 classe, 3 Supérieur 8 NSP Si niveau=0, sauter à ED5	ED5. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2009- 2010), (nom) EST-IL / ELLE ALLE(E) A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 Oui 2 Non → ED7	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom)? Niveau: 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 8 NSP Si niveau=0, sauter à ED7	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, (2008-2009), (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E), A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE? 1 OUI 2 Non → Ligne suivante 8 NSP → Ligne suivante	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom)? Niveau : 0 Maternelle 98 NSP 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP Si niveau=0, allez à la personne suivante				
Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Niveau	Classe	O	N	NSP	Niveau	Classe
01			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
02			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
03			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
04			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
05			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
06			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
07			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
08			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
09			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
10			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
11			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
12			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
13			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --
14			1	2	0 1 2 3 8	-- --	1	2	8	0 1 2 3 8	-- --

EAU ET ASSAINISSEMENT

WS

WS1	D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet Dans le logement11 11→WS6 Dans concession, cour ou parcelle12 12→WS6 Robinet du voisin13 13→WS6 Robinet public / Borne fontaine14 14→WS3 Forage.....21 21→WS3 Puit à pompe busé.....22 22→WS3 Puit à pompe non busé.....23 23→WS3 Puits creusé Puits protégé/aménagé31 31→WS3 Puits non protégé/non aménagé32 32→WS3 Eau de source Source protégée/aménagée.....41 41→WS3 Source non protégée/non aménagée.....42 42→WS3 Eau de pluie.....51 51→WS3 Camion-citerne.....61 61→WS3 Charrette avec petite citerne / tonneau71 71→WS3 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation).....81 81→WS3 Eau en bouteille/minérale91 Autre (précisez)96 96→WS3
WS2	D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS, LES CORPS, FAIRE LA LESSIVE ?	Robinet Dans le logement11 11→WS6 Dans concession, cour ou parcelle12 12→WS6 Robinet du voisin13 13→WS6 Robinet public / Borne fontaine14 Forage.....21 Puit à pompe busé.....22 Puit à pompe non busé.....23 Puits creusé Puits protégé/aménagé31 Puits non protégé/non aménagé32 Eau de source Source protégée/aménagée.....41 Source non protégée/non aménagée.....42 Eau de pluie.....51 Camion-citerne.....61 Charrette avec petite citerne / tonneau71 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation).....81 Eau en bouteille/minérale91 Autre (précisez)96
WS3	OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUEE?	Dans logement.....1 1→WS6 Dans cour / parcelle.....2 2→WS6 Ailleurs (précisez).....3
WS4	COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... NSP.....998
WS5	QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE? Insistez: EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus).....1 Homme adulte (de 15 ans ou plus).....2 Jeune fille (moins de 15 ans).....3 Jeune garçon (moins de 15 ans)4 NSP.....8
WS6	FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE?	Oui1 Non2 2→WS7A NSP8 8→WS7A
WS7	HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA? Insistez: AUTRE CHOSE? Enregistrez tout ce qui est mentionné	La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / chloreB La filtrer à travers un lingeC Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)D Désinfection solaireE La laisser reposerF Autre (précisez)X NSP.....Z

WS8	HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS? Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", Insistez: OU VONT LES EAUX USEES? Si nécessaire, demandez la permission de voir les toilettes.	Chasse d'eau / chasse manuelle	
		Connectée à système d'égouts	11
		Connectée à fosse septique	12
		Reliée à des latrines	13
		Reliée à autre chose	14
		Reliée à endroit inconnu/pas sûr/NSP où	15
		Fosses/latrines	
		Latrines améliorées ventilées (LAV)	21
		Latrines à fosses avec dalle	22
		Latrines à trou sans dalle/trou ouvert	23
		Latrines à trou avec dalle	24
		Toilettes à compostage	31
Seaux	41		
Toilettes/latrines suspendues	51		
Pas de toilettes, nature	95	95⇒Module suivant	
Autre (précisez)	96		
WS9	PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE?	Oui	1
		Non	2
WS10	PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MENAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES?	Autres ménages connus seulement (pas publiques)	1
		Toilettes publiques	2
WS11	AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES?	Nombre de ménages (si moins de 10)	0_
		Dix ménages ou plus	10
		NSP	98

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

HC

HC1A	QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MENAGE?	Catholique	1
		Protestant	2
		Musulman	3
		Autre religion (précisez)	6
		Pas de religion	7
HC1B	À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MENAGE APPARTIENT-IL ?	Haoussa	01
		Sara	02
		Mboum	03
		Gbaya	04
		Mandja	05
		Banda	06
		Ngbaka/ Bantou	07
		Yakoma/ Sango	08
		Zandé/Nzakara	09
		Autre groupe ethnique (précisez)	10
Ethnie non centrafricaine	11		
HC1C	A QUELLE DISTANCE DE VOTRE LOGEMENT SE TROUVE DE L'ÉCOLE LA PLUS PROCHE ? Si "sur place" ou "moins d'1 km", inscrivez 00.	Distance (en kilomètres)	___

HC1D	A QUELLE DISTANCE DE VOTRE LOGEMENT SE TROUVE DE LA FORMATION DE SANTÉ LA PLUS PROCHE ? Si "sur place" ou "moins d'1 km", inscrivez 00.	Distance (en kilomètres)	___

HC2	DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR?	Nombre de pièces	___

HC3	Principal matériau du sol	Matériau naturel		
		Terre/sable	11	
		Boue	12	
		Matériau rudimentaire		
		Planche en bois	21	
		Palme/bambou	22	
		Matériau fini		
		Parquet ou bois ciré	31	
		Vinyle ou asphalte	32	
		Carrelage	33	
		Ciment	34	
		Moquette	35	
Autre (précisez)	96			
HC4	Principal matériau du toit	Matériau naturel		
		Pas de toit	11	
		Chaume/feuille de palmier	12	
		Herbes/Paille	13	
		Matériau rudimentaire		
		Natte	21	
		Palme / Bambou	22	
		Planches en bois	23	
		Carton	24	
		Matériau fini		
		Métal/Tôle	31	
		Bois	32	
Zinc / Fibre de ciment	33			
Tuiles	34			
Ciment	35			
Shingles	36			
Autre (précisez)	96			
HC5	Matériau principal des murs extérieurs	Matériau naturel		
		Pas de murs	11	
		Canne / Palmes / troncs	12	
		Mottes de terre	13	
		Matériau rudimentaire		
		Bambou avec boue	21	
		Pierre avec boue	22	
		Adobe non recouvert	23	
		Contre-plaqué	24	
		Carton	25	
		Bois de récupération	26	
		Matériau fini		
Ciment	31			
Pierre avec chaux/ciment	32			
Briques	33			
Blocs de ciment	34			
Adobe recouvert	35			
Planches de bois/shingles	36			
Autre (précisez)	96			
HC6	DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE?	Électricité	01	01⇒HC8
		Gaz propane liquéfié (GPL)	02	02⇒HC8
		Gaz naturel	03	03⇒HC8
		Biogaz	04	04⇒HC8
		Kérosène	05	05⇒HC8
		Charbon / Lignite	06	
		Charbon de bois	07	
		Bois	08	
		Paille/branchages/herbes	09	
		Boue	10	
Résidus agricoles	11			
Pas de repas préparé dans le ménage	95	95⇒HC8		
Autre (précisez)	96			

HC7	LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR? Si 'Dans la maison', insistez: EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE?	Dans la maison Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine.....1 Ailleurs dans la maison.....2 Dans un bâtiment séparé.....3 À l'extérieur.....4 Autre (précisez).....6
HC8	DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS : [A] L'ELECTRICITE ? [B] LA RADIO ? [C] LA TELEVISION ? [D] UN TELEPHONE FIXE ? [E] UN REFRIGERATEUR ? [F] UN GROUPE ELECTROGENE ? [G] UN PANNEAU SOLAIRE ? [H] UNE TABLE ? [I] UNE TABLETTE ? [J] UN FAUTEUIL ? [K] UNE CHAISE ?	Oui Non Electricité.....1 2 Radio.....1 2 Télévision.....1 2 Téléphone fixe.....1 2 Réfrigérateur.....1 2 Groupe électrogène.....1 2 Panneau solaire.....1 2 Table.....1 2 Tablette.....1 2 Fauteuil.....1 2 Chaise.....1 2
HC9	EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE: [A] UNE MONTRE ? [B] UN TELEPHONE MOBILE ? [C] UNE BICYCLETTE ? [D] UNE MOTOCYCLETTE OU UN SCOOTER ? [E] UNE CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL ? [F] UNE VOITURE OU UN CAMION ? [G] UN BATEAU A MOTEUR ? [H] UN POUSSE-POUSSE ? [I] UNE MACHINE A COUDRE ? [J] UN PRESSE-BRIQUE ?	Oui Non Montre.....1 2 Téléphone mobile.....1 2 Bicyclette.....1 2 Motocyclette / Scooter.....1 2 Charrette tirée par un animal.....1 2 Voiture / camion.....1 2 Bateau à moteur.....1 2 Pousse-pousse.....1 2 Machine à coudre.....1 2 Presse-brique.....1 2
HC10	EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT? Si "Non", demandez: LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE? Si "Loué de quelqu'un d'autre", encerclez "2". Pour les autres réponses encerclez "6".	Propriétaire.....1 Location.....2 Autre (pas propriétaire ou pas loué).....6
HC11	EST-CE QUE CERTAINS MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE?	Oui.....1 Non.....2 2=HC13
HC12	COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ? Si moins de 1, enregistrez '00'. Si 95 ou plus, enregistrez '95'. Si inconnu, enregistrez '98'.	Hectares.....
HC13	EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE?	Oui.....1 Non.....2 2=HC15
HC14	PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL DE: [A] TETES DE BETAIL, VACHES LAITIERES, OU TAUREAUX ? [B] CHEVAUX, ANES OU MULES ? [C] CHEVRES ? [D] MOUTONS ? [E] POULETS ? [F] PORCS ? Si aucun, enregistrez '00'. Si 95 ou plus, enregistrez '95'. Si inconnu, enregistrez '98'.	Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux..... Chevaux, ânes ou mules..... Chèvres..... Moutons..... Poulets..... Porcs.....

HC15	EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui.....1 Non.....2
------	--	------------------------

MOUSTIQUAIRE IMPREGNÉE

TN

TN1	EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui.....1 Non.....2 2=Module suivant
TN2	COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL?	Nombre de moustiquaires.....
TN3	Demandez à l'enquêté de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utilisez un ou des questionnaires supplémentaires.	

		1 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
TN4	Moustiquaire observée?	Observée.....1 Non observée.....2	Observée.....1 Non observée.....2	Observée.....1 Non observée.....2
TN5	Observez ou demandez la marque/type de moustiquaire Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrez à l'enquêté des photos de marques/types courants de moustiquaires.	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet.....11 Olyset.....12 Autre (précisez).....16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées Permanet.....21 Olyset.....22 Autre (précisez).....26 Autre moustiquaire simple Cotont.....29 Polyester.....30 Autre (précisez).....31 NSP marque/type.....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet.....11 Olyset.....12 Autre (précisez).....16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées Permanet.....21 Olyset.....22 Autre (précisez).....26 Autre moustiquaire simple Cotont.....29 Polyester.....30 Autre (précisez).....31 NSP marque/type.....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet.....11 Olyset.....12 Autre (précisez).....16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées Permanet.....21 Olyset.....22 Autre (précisez).....26 Autre moustiquaire simple Cotont.....29 Polyester.....30 Autre (précisez).....31 NSP marque/type.....98
TN6	DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE? Si moins d'un mois, enregistrez '00'	Mois..... Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98
TN7	Vérifiez TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒TN11 <input type="checkbox"/> Préimprégnée (21-28)⇒TN9 <input type="checkbox"/> Autre (29-98)⇒Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒TN11 <input type="checkbox"/> Préimprégnée (21-28)⇒TN9 <input type="checkbox"/> Autre (29-98)⇒Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒TN11 <input type="checkbox"/> Préimprégnée (21-28)⇒TN9 <input type="checkbox"/> Autre (29-98)⇒Continuez
TN8	QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITÉE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8
TN9	DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES?	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN11
TN10	COMBIEN DE MOIS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPÉE OU PLONGÉE POUR LA DERNIERE FOIS? Si moins d'un mois, enregistrez '00'	Mois..... Plus de 24mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24mois.....95 NSP / Pas sûr.....98
TN11	EST-CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒TN13
TN12	QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? Enregistrez le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrez '00'	Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne.....	Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne.....	Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne..... Nom..... Numéro de ligne.....
TN13	Retournez à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant.			

Cochez ici si un questionnaire supplémentaire doit être utilisé

TRAVAIL DES ENFANTS

CL

Ce module concerne les enfants du ménage âgés de 5-17 ans. Pour les membres du ménage âgés de moins de 5 ans ou de plus de 17 ans, laissez les lignes en blanc. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUT TRAVAIL QUE FONT LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE.

CL1. Numéro de ligne	CL2. Nom et Âge	CL3. LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL	CL3A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*)?	CL4. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE A FAIRE CE TRAVAIL POUR N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE?	CL5. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) EST-IL/ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE?	CL6. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A ALLER CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE?	CL7. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL PAYE OU NON PAYE SUR LES TERRES FAMILIALES OU DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE OU A-T-IL/ELLE VENDU DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?	CL7A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*)?	CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR SA FAMILLE OU POUR LUI-MEME ?	CL9. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE A FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER DES VETEMENTS, CUISINER OU S'OCCUPER D'ENFANTS, DE PERSONNES AGEES OU MALADES?	CL10. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?				
Ligne	Nom	Age	Oui Payé	Non N. payé	Nombre d'heures		Oui	Non	Nombre d'heures		Oui	Non	Nombre d'heures		
01		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
02		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
03		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
04		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
05		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
06		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
07		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
08		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---

1 Oui, Payé (argent ou nature)
2 Oui, non payé
3 Non ⇒ CL5

1 Oui
2 Non ⇒ CL7

1 Oui
2 Non ⇒ CL9

Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires.

Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires.

TRAVAIL DES ENFANTS (suite)

CL1. Numéro de ligne	CL2. Nom et Âge	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL	CL3A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*)?	CL4. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE?	CL5. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) EST-IL/ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE?	CL6. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A ALLER CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE?	CL7. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL PAYE OU NON PAYE SUR LES TERRES FAMILIALES OU DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE OU A-T-IL/ELLE VENDU DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?	CL7A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*)?	CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR SA FAMILLE OU POUR LUI-MEME ?	CL9. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE A FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER DES VETEMENTS, CUISINER OU S'OCCUPER D'ENFANTS, DE PERSONNES AGEES OU MALADES?	CL10. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?				
Ligne	Nom	Age	Oui Payé	Non N. payé	Nombre d'heures		Oui	Non	Nombre d'heures		Oui	Non	Nombre d'heures		
09		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
10		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
11		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
12		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
13		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---
14		---	1	2	3	---	---	---	1	2	---	---	1	2	---

1 Oui, Payé (argent ou nature)
2 Oui, non payé
3 Non ⇒ CL5

1 Oui
2 Non ⇒ CL7

1 Oui
2 Non ⇒ CL9

Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires.

Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires.

* Codes pour CL3A et CL7A: Pour les Pires Formes du Travail des Enfants (PSTE)

01. Les enfants locomoteurs des personnes Handicapées/
02. Les enfants mendians ;
03. Les enfants employés dans les activités liées au sexe;
04. Les enfants travaillant dans les mines ;
05. Les enfants casseurs des pierres/
06. Les enfants utilisés dans le trafic de drogues
07. Les enfants soldats ou utilisés par les forces armées ;
08. Les enfants chargeurs des taxis/ bus;
09. Les enfants vendeurs d'eau, de cacahouètes, de cigarettes, des journaux et objets divers ;
10. Les enfants receveurs de taxis-bus;
11. Les enfants porteurs de colis (portage);
12. Les enfants utilisés dans les récoltes de grains, de feuilles et de fruits;
13. Les enfants meuniers.
96. Autres (précisez) _____

DISCIPLINE DE L'ENFANT

CD

TABLEAU 1: ENFANTS AGES DE 2-14 ANS ELIGIBLES POUR LES QUESTIONS SUR LA DISCIPLINE
 Inscrivez chaque enfant âgé de 2-14 ans ci-dessous dans le même ordre que celui qui figure dans la feuille d'enregistrement du ménage. N'incluez pas de membres du ménage dont l'âge se situe à l'extérieur de l'intervalle 2-14 ans.
 Enregistrez le numéro de ligne, le nom, le sexe et l'âge pour chaque enfant.
 Enregistrez ensuite le nombre total d'enfants âgés de 2-14 ans dans la case prévue (CD6).

CD1. Numéro de rang	CD2. Numéro de ligne à partir de HL1	CD3. Nom à partir de HL2	CD4. Sexe à partir de HL4		CD5. Âge à partir de HL6
Rang	Ligne	Nom	M	F	Age
1	---		1	2	---
2	---		1	2	---
3	---		1	2	---
4	---		1	2	---
5	---		1	2	---
6	---		1	2	---
7	---		1	2	---
8	---		1	2	---
CD6. Nombre total d'enfants âgés de 2-14 ans ____					
o S'il y a seulement un enfant de 2-14 ans dans le ménage, sautez le tableau 2 et allez à CD8; inscrivez '1' et continuez avec CD9					

TABLEAU 2: SELECTION ALEATOIRE DE L'ENFANT POUR LES QUESTIONS SUR LA DISCIPLINE
 Utilisez le tableau 2 pour sélectionner un enfant entre 2 et 14 ans si, dans le ménage, il y a plus d'un enfant dans ce groupe d'âges.
 Vérifiez le dernier chiffre du numéro de ménage (HH2) qui figure sur la page de couverture. C'est le numéro de la ligne où vous devez aller dans le tableau ci-dessous.
 Vérifiez le nombre total d'enfants éligibles (2-14 ans) à CD6 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne où vous devez aller.
 Trouvez la case où la ligne et la colonne se rencontrent et encerclez le numéro qui apparaît dans la case. Il s'agit du numéro de rang de l'enfant (CD1) à propos duquel vous poserez les questions.

CD7.	Nombre total d'enfants éligibles dans le ménage (CD6)							
Dernier chiffre du numéro de ménage (HH2)	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

CD8 Enregistrez le numéro de rang de l'enfant sélectionné ____

CD9 Inscrivez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et de CD2, selon le numéro de rang de CD8.
 Nom _____
 Numéro de ligne _____

LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR APPRENDRE AUX ENFANTS A BIEN SE COMPORTEUR OU POUR TRAITER DES PROBLEMES DE COMPORTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE LISTE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET J'AIMERAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS AVEZ OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom)AU COURS DU MOIS DERNIER.

CD10	RETIRER DES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON	Oui 1 Non..... 2
CD12	EXPLIQUER A (nom) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE.	Oui 1 Non..... 2
CD13	LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non..... 2
CD14	HURLER, LUI CRIER APRES.	Oui 1 Non..... 2
CD15	LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Oui 1 Non..... 2
CD16	LUI DONNER UNE FESSEE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES A MAIN NUES.	Oui 1 Non..... 2
CD17	LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR UNE AUTRE PARTIE DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSE A CHEVEUX, UN BATON OU UN AUTRE OBJET DUR.	Oui 1 Non..... 2
CD18	LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE MOT VOISIN.	Oui 1 Non..... 2
CD19	LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non..... 2
CD20	LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES.	Oui 1 Non..... 2
CD21	LE/LA BATTRE, C'EST-A-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.	Oui 1 Non..... 2
CD22	PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER OU EDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NECESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT?	Oui 1 Non..... 2 Ne Sait Pas / Sans opinion..... 8

LAVAGE DES MAINS

HW

HW1	MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAIT, LE LIEU OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Observé 1 Pas observé Pas dans le logement/terrain/ jardin/cour..... 2 2 ⇒ HW4 Pas de permission de voir..... 3 3 ⇒ HW4 Autre raison 6 6 ⇒ HW4
HW2	Observez s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains Contrôlez en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.	Eau disponible 1 Eau non disponible..... 2

HW3	Enregistrez si du savon ou d'autres produits nettoyants sont présents dans l'endroit spécial prévu pour se laver les mains. Encerclez tout ce qui est mentionné.	Morceau de savon A Nettoyant (Poudre / Liquide / Pâte) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable..... D Rien Y	A <input type="checkbox"/> HH19 B <input type="checkbox"/> HH19 C <input type="checkbox"/> HH19 D <input type="checkbox"/> HH19
HW4	AVEZ-VOUS DU SAVON OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS (ou d'autres produits locaux utilisés comme produits nettoyants) DANS VOTRE MENAGE POUR LE LAVAGE DES MAINS?	Oui 1 Non 2	2 <input type="checkbox"/> HH19
HW5	POUVEZ-VOUS, S'IL VOUS PLAÎT, ME LE MONTRER? Enregistrez l'observation. Encerclez tout ce qui est mentionné.	Morceau de savon A Nettoyant (Poudre / Liquide / Pâte) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable..... D N'a pas pu montrer/ A refuse de montrer Y	
HH19	Enregistrez l'heure.	Heures et minutes : ..	

IODATION DU SEL

SI

SI1	NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS- JE VOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ? Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.	Pas iodé 0 PPM.....1 Plus de 0 PPM & Moins de 15 PPM 2 15 PPM ou plus..... 3 Pas de sel dans le ménage 6 Sel non testé7	
HH20	Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL7 pour chaque femme éligible. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible. <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Passez au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME Administrez le questionnaire à la première femme éligible. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Continuez.		
HH21	Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL9 pour chaque enfant éligible de moins de 5 ans. Vous devez avoir un questionnaire dont le panneau d'information est rempli pour chaque enfant éligible. <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Passez au QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS Administrez le questionnaire à la mère ou à la gardienne qui prend soin de l'enfant pour le premier enfant éligible <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Continuez.		
HH21A	Est-ce que le ménage est sélectionné pour une enquête homme (Vérifier HH2A)? <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Fin de l'interview. Avant de partir, remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration. Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et enregistrez le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture. <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Y a-t-il des hommes éligibles âgés de 15-59 ans qui vivent dans le ménage ? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL7A pour chaque homme éligible. <input type="checkbox"/> Oui. <input type="checkbox"/> Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque homme éligible. Passez au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME (une fois les questionnaires femmes et enfants terminés). Administrez le questionnaire au premier homme éligible Une fois tous les questionnaires individuels complétés, lisez et faites signer le consentement à toutes les personnes éligibles et faites le test sérologique. <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> Fin de l'interview. Une fois tous les questionnaires individuels femmes et enfants complétés, lisez et faites signer le consentement à toutes les personnes éligibles et faites le test sérologique.		
Avant de partir, remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration. Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et enregistrez le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture			

MODULE SUR LE TEST DU VIH

TH

TH1. Vérifier le No. de ligne, de la colonne HL7 pour les femmes et HL7A pour les hommes de la Feuille d'enregistrement du ménage. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, l'âge et le sexe de toutes les femmes de 15-49 ans et de tous les hommes de 15-59 ans. Cette fiche doit être détruite au bureau avant que les résultats du test ne soient reliés à la base des données de l'enquête MICS.		TH2. Vérifier la colonne TH4		TH3. Vérifier la colonne TH4		TH4. Vérifier la colonne TH4		TH5. Vérifier la colonne TH4		TH6. Enregistrer le no. de ligne du parent/ gardien responsable.		TH7. Lire le consentement au parent/gardien responsable*		TH8. Lire le consentement à la femme, à l'homme ou au jeune*		TH9. Résultat du test 1=PRÉLÈVEMENT FAIT 2=REFUSÉ/ 3=ABSENT 4=PROBLÈME TECH. 5=AUTRE (à préciser)		TH10. Étiquettes codes à barres			
lign	nom	Age	Age 15-17	Age 18-49/18-59	PARENT	ACCORDÉ	REFUSÉ	PAS LU	ACCORDÉ	REFUSÉ	PAS LU	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
HOMMES 15-59 ANS																					
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----
----	----	----	1	2	Alter à TH 8 <input type="checkbox"/>	----	----	----	----	----	----	1	2	3	<input type="checkbox"/>	Faire signer_-----	----	----	----	----	----

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

Coller la première étiquette à cet endroit.
Coller la deuxième sur le papier filtre de l'enquêté(e), et la troisième sur la fiche de transmission des prélèvements

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉclairÉ pour le test du VIH*CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS**

Bonjour. Mon nom est (votre nom) et je travaille pour le Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale qui organise cette enquête nationale sur la santé des femmes, des hommes et des enfants.

Dans le cadre de cette enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes en train de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine..

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS**1ère étape: Demander d'abord le consentement éclairé du parent/adulte responsable**

L'étude de VIH/Sida inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune. Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux remettre à [NOM DE JEUNE] une fiche de référence pour qu'il/elle se rende dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit. Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE JEUNE] puisse participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH7 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

2e étape: Consentement éclairé du jeune

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/Sida parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME****PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME****WM**

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque femme éligible.

WM1. Numéro de grappe : ____ ____ ____	WM2. Numéro de ménage ____ ____
WM3. Nom de la femme : _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : ____ ____
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview ____ / ____ / ____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée : NOUS FAISONS PARTIE (ICASEES). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (précisez).....96
WM8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	WM9. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
WM10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes : ____

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME**WB**

WB1	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE?	Date de naissance: Mois..... NSP mois.....98 Année..... NSP année.....9998
WB2	QUEL AGE AVEZ-VOUS? Insistez: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE? Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes	Âge (en années révolues) ____
WB3	AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE?	Oui.....1 Non.....2 2⇒WB7
WB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT?	Maternelle.....0 0⇒WB7 Primaire.....1 Secondaire.....2 Supérieur.....3
WB5	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe ____
WB6	Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec WB7	

WB7	J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez: POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée..... 4 (précisez langue) Aveugle/muette/problème de vue/élocution 5
WB8.	QUEL EST VOTRE OCCUPATION OU MÉTIER ?	Occupation/métier.....

MORTALITÉ DES ENFANTS**CM**

Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.		
CM1	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM8
CM2	QUELLE EST LA DATE DE VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI LE PERE N'EST PLUS VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. Sauter à CM4 seulement si l'année de naissance est donnée. Sinon, continuez avec CM3.	Date de la première naissance Jour NSP Jour.....98 Mois..... NSP mois98 Année..... ⇒CM4 NSP année..... 9998
CM3	IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ EU VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE?	Années révolues depuis la première naissance.....
CM4	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM6
CM5	COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils à la maison Filles à la maison
CM6	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM8
CM7	COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils ailleurs..... Filles ailleurs.....
CM8	AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE? Si "Non" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM10
CM9	COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES? Si aucun, enregistrez '00'.	Garçons décédés..... Filles décédées.....
CM10	Faites la somme des réponses à CM5, CM7, et CM9.	Somme.....
CM11	JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS: VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT? <input type="checkbox"/> Oui. Vérifiez ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Allez au module des SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuez avec CM12 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec CM12	

CM12	DE TOUTES CES (nombre total) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE LA DERNIÈRE (MEME SI IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E))? Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de la dernière naissance Jour NSP Jour..... 98 Mois..... Année.....
CM13	Vérifiez CM12 : Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'interview) en 2008 . <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Demandez le nom de l'enfant. Nom de l'enfant..... Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants. Continuez avec le module suivant.	

DESIR DE LA DERNIÈRE NAISSANCE**DB**

Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici : Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes la où c'est indiqué.		
DB1	QUAND VOUS ÊTES TOMBÉE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui..... 1 Non..... 2 1⇒Module suivant
DB2	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard..... 1 Pas d'enfant 2 2⇒Module suivant
DB3	COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITÉ ATTENDRE?	Mois..... 1 Années 2 NSP 998

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ**MN**

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.		
MN1	AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN5
MN2	QUI AVEZ-VOUS VU? Insistez: QUELQU'UN D'AUTRE? Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.	Professionnel de la santé: MédecinA Infirmière/sage-femmeB Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaireG Autre (précisez) X
MN3	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE?	Nombre de fois NSP 98
MN4	DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION? [B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE? [C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG?	Non Tension1 2 Échantillon d'urine1 2 Prélèvement sanguin1 2
MN5	AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT? Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.	Oui (carnet vu)..... 1 Oui (carnet non vu) 2 Non..... 3 NSP 8

MN6	QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN9 NSP..... 8 8⇒MN9
MN7	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois __ NSP..... 8 8⇒MN9
MN8	Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Allez à MN12 <input type="checkbox"/> Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9	
MN9	EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN12 NSP..... 8 8⇒MN12
MN10	AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois __ NSP..... 8 8⇒MN12
MN11	CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom)?	Il y a année..... __ __
MN12	Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse: <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Allez à MN17	
MN13	AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN17 NSP..... 8 8⇒MN17
MN14	QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME? Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéen courant.	SP/Fansidar A Chloroquine..... B Autre (précisez) X NSP..... Z
MN15	Vérifiez MN14 pour le médicament pris: <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇒ Continuez avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇒ Allez à MN17	
MN16	AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR?	Nombre de fois __ __ NSP..... 98
MN17	QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom)? Insistez: QUELQU'UN D'AUTRE? Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées. Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.	Professionnel de la santé: Médecin A Infirmière/Sage-femme B Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaireG Parent(e) / Ami(e) H Autre (précisez) X Personne Y

MN18	OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ? Insistez pour obtenir le type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit. ----- (Nom de l'endroit)	Domicile Votre domicile 11 11⇒MN19D Autre domicile 12 12⇒MN19D Secteur public Hôpital du Gouvernement 21 Clinique / Centre de santé du Gouv. 22 Poste de santé du Gouv. 23 Autre public (précisez) 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre privé médical (précisez) 36 Autre (précisez) 96 96⇒MN20
MN19	AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CÉSARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BÉBÉ?	Oui..... 1 Non..... 2
MN20	QUAND (nom) EST NE(E), ÉTAIT-IL/ELLE: TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT?	Très gros 1 Plus gros que la moyenne..... 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5 NSP 8
MN21	(nom) A-T-IL /ELLE ÉTÉ PESÉ (E) À LA NAISSANCE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN23 NSP 8 8⇒MN23
MN22	COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE? Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.	Du carnet de santé1 (kg) __ , __ __ __ De mémoire... 2 (kg) __ , __ __ NSP 99998
MN23	EST-CE QUE VOS RÉGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2
MN24	AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒ Module suivant
MN25	COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIÈRE FOIS? Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours	Immédiatement 000 Heures..... 1__ __ Jours 2__ __ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas998
MN26	DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (nom) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒ Module suivant
MN27	QU'A-T-ON DONNÉ À BOIRE À (nom)? Insistez: RIEN D'AUTRE? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	Lait (autre que du lait maternel)... A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé..... G Thé / Infusions..... H Miel..... I Autre (précisez) X

SYMPTÔMES DE MALADIES

IS

IS1	Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9 L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec IS2. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au Module suivant.	
IS2	IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A MENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE? Insistez: AUCUN AUTRE SYMPTOME? Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes. Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses	Enfant incapable de boire ou de têter.....A État de l'enfant s'aggrave.....B Enfant devient fiévreux.....C Enfant respire rapidement.....D Enfant a des difficultés pour respirer.....E Enfant a du sang dans les selles...F Enfant boit difficilement.....G Autre (précisez).....X Autre (précisez).....Y Autre (précisez).....Z

CONTRACEPTION

CP

CP1	JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET – LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte.....1 Non.....2 Pas sûre ou NSP.....8	1⇒ Module suivant
CP2	CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒ Module suivant
CP3	QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE? Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.	Stérilisation féminine.....A Stérilisation masculine.....B DIU.....C Injections.....D Implants.....E Pilules.....F Condom masculin.....G Condom féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/gelée.....J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique/Rythme...L Retrait.....M Autre (précisez).....X	

BESOINS NON SATISFAITS

UN

UN1	Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Aller à UN5
-----	---

UN2	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui.....1 Non.....2	1⇒UN4
UN3	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard.....1 Pas d'autre enfant.....2	
UN4	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant.....1 Pas d'autre enfant.....2 Indécise /Ne Sait Pas.....8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5	Vérifier CP3. Utilisez la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
UN6	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant.....1 Pas d' (autre) enfant.....2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte.....3 Indécise / Ne Sait Pas.....8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7	COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT?	Mois.....1 Années.....2 Bientôt/Maintenant.....993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte.....994 Après le mariage.....995 Autre.....996 NSP.....998	994⇒UN11
UN8	Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		
UN9	Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10	PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒UN13 8⇒UN13
UN11	POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents.....A Ménopause.....B N'a jamais eu de règles.....C Hystérectomie (utérus enlevé)....D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès.....E Est en aménorrhée postpartum...F Allaite.....G Trop âgée.....H Fataliste.....I Autre (spécifier).....X Ne sait pas.....Z	
UN12	Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN13		

UN13	QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCEE?	Jours	1	---
		Semaines	2	---
		Mois	3	---
		Années	4	---
		Ménopausée / A eu une hystérectomie	994	
		Avant la dernière naissance	995	
		N'a jamais eu de règles	996	

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION**FG**

FG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION?	Oui.....1 Non.....2	1⇒FG3
FG2	DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
FG3	VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒FG9
FG4	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒FG6
FG5	VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
FG6	VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE? Si nécessaire, insistez: LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
FG7	QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE? Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.	Age à l'excision..... NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre..... 98	
FG8	QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme.....12 Autre professionnel de la santé (précisez) 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle22 Autre traditionnelle (précisez) _ 26 NSP..... 98	
FG9	Vérifiez CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer la somme ici	Nombre total de filles vivantes ____	
FG10	JUSTE POUR ETRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11 <input type="checkbox"/> Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faites les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui		
FG11	Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses filles en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Ecrire le nom de chaque fille en FG12. Poser alors les questions FG13 à FG20 pour une fille à la fois. Le nombre total de filles à FG12 doit être égal au nombre de FG9 Si plus de 4filles, utiliser un questionnaire de plus.		

		Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille#4
FG12.	NOM DE LA FILLE	-----	-----	-----	-----
FG12A	NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE Si ne vit pas dans le ménage inscrivez 00	-----	-----	-----	-----
FG13.	QUEL AGE A (nom)?	Age.....	Age.....	Age.....	Age.....
FG14.	EST-CE QUE (nom) A MOINS DE 15 ANS?	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG15.	EST-CE QUE (nom)A ETE EXCISEE?	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG16.	QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE? Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98
FG17.	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA: A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8
FG18.	LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8
FG19.	LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE? Si nécessaire, insistez: LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE?	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8	Oui.....1 Non2 NSP.....8
FG20.	QUI A PROCEDE A L'EXCISION?	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser)26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser)26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser)26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser)26 NSP.....98
FG21.		Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22

Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé

FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE?	Maintenue.....	1
	Disparaître.....	2
	Cela dépend.....	3
	NSP.....	8

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

DV

DV1		Oui	Non	NSP
PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :				
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente.....	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[F] SI ELLE LE TROMPE AVEC UN AUTRE HOMME	Tromper avec un autre homme.....	1	2	8

MARIAGE/UNION

MA

MA1	ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Oui, actuellement mariée.....	1	
		Oui, vit avec un homme.....	2	
		Non, pas en union.....	3	3⇒MA5
MA2	QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE? Insistez: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE?	Âge en années.....	__ __	
		NSP.....	98	
MA3	EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE?	Oui.....	1	
		Non.....	2	2⇒MA7
MA4	COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL?	Nombre.....	__ __	⇒MA7
		NSP.....	98	98⇒MA7
MA5	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Oui, a été mariée.....	1	
		Oui, a vécu avec un homme.....	2	
		Non.....	3	⇒Module suivant
MA6	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE: ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE?	Veuve.....	1	
		Divorcée.....	2	
		Séparée.....	3	
MA7	AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois.....	1	
		Plus d'une fois.....	2	
MA8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Date du premier mariage		
		Mois.....	__ __	
		NSP mois.....	98	
		Année.....	__ __	
		NSP année.....	9998	⇒Module suivant
MA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE?	Âge en années révolues.....	__ __	

COMPORTEMENT SEXUEL

SB

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.			
SB1.	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels 00 Age en années révolues..... 1ère fois en commençant à vivre avec (1 ^{er}) mari/partenaire.....	95 00⇒ Module suivant
SB2.	LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... Non..... NSP / Ne se souvient pas.....	1 2 8
SB3.	QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.	Il y a ... jours..... Il y a ... semaines..... Il y a ... mois..... Il y a ...ans.....	1 __ __ 2 __ __ 3 __ __ 4 __ __ 4⇒SB15
SB4.	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... Non.....	1 2
SB5.	QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel	Mari..... Partenaire cohabitant..... Petit ami..... Rencontre occasionnelle..... Autre (précisez).....	1 2 3 3⇒SB7 4 4⇒SB7 6 6⇒SB7
SB6.	Vérifier MA1: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel... NSP / Ne se souvient pas.....	__ __ __ 98
SB8.	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... Non.....	1 2 2⇒SB15
SB9.	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE?	Oui..... Non.....	1 2
SB10.	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE? INSISTER POUR VOUS ASSUREZ QUE LA REponse REFERE AU TYPE DE RELATION AU MOMENT DU RAPPORT SEXUEL SI "PETIT AMI", DEMANDER: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE? SI 'OUI', ENCERCLEZ 2. SI 'NON', ENCERCLEZ 3.	Mari..... Partenaire cohabitant..... Petit ami..... Rencontre occasionnelle..... Autre (précisez).....	1 2 3 3⇒SB12 4 4⇒SB12 6 6⇒SB12
SB11.	Vérifier MA1 et MA7: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été marié ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		
SB12.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE?	Âge du partenaire sexuel..... NSP.....	__ __ __ 98

SB13.	MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui.....1 Non.....2	2⇒SB15
SB14.	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Nombre de partenaires.....	
SB15.	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE? En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation. Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.	Nombre de partenaires au cours de la vie..... NSP.....98	

VIH/SIDA

HA

HA1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒WM11
HA2	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA3	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA4	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA5	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA6	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA8	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE: [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement.....1 2 8 En allaitant.....1 2 8	
HA9	À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	

HA10	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA11	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA12	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA13	Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années? <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez à HA24. <input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Continuez avec HA14		
HA14	Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Allez à HA24		
HA15	AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR : [A] QUE LES BEBES PEUVENT ETRE INFECTES PAR LE VIRUS DU SIDA A PARTIR DE LEURS MERES [B] CE QU'IL FAUT FAIRE POUR PREVENIR LE RISQUE D'INFECTION PAR LE VIRUS DU SIDA? [C] LE TEST DE DEPISTAGE DU VIRUS DU SIDA? AVEZ-VOUS ETE : [D] DEMANDE DE FAIRE LE TEST DU VIRUS DU SIDA?	Oui Non NSP SIDA de la mère.....1 2 8 Ce qu'il faut faire.....1 2 8 Test du SIDA.....1 2 8 Demandé de faire le test.....1 2 8	
HA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA22 8⇒HA22
HA18	QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS RECU DES CONSEILS?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19	Vérifiez MN17: Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Allez à HA24		
HA20	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA24
HA21	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2	
HA22	AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒HA25
HA23	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus.....3	1⇒WM11 2⇒WM11 3⇒WM11

HA24	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA27
HA25	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus3	
HA26	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11
HA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	
WM11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes :	
WM12	L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9.	<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.	
Observations de l'enquêteur/enquêtrice			
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain			
Observations du superviseur			

QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).

Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe: _____	UF2. Numéro de ménage: _____
UF3. Nom de l'enfant: _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant: _____
UF5. Nom de la mère / gardienne: _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne: _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview: _____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée : NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE D'ENQUETEURS DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (NOMBRE) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.	
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans:	Rempli 01 Pas à la maison 02 Les codes font référence à la mère/gardienne. Refusé 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (précisez) 96
UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
UF12. Enregistrez l'heure du début de l'interview.	Heure et minutes :

AGE

AG

AG1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de naissance: Jour NSP Jour.....98 Mois Année
AG2	QUEL AGE A (nom) ? Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrez l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrez '0'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérence	Âge (en années révolues)

AG2A	QUEL EST L'AGE DE (nom) EN MOIS ? Enregistrez l'âge en mois révolus. Si moins d'un mois, enregistrez '0'.	Âge (en mois révolus).....
------	---	----------------------------

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES**BR**

BR1	(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE? Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR?	Oui, vu.....1 Oui, non vu 2 Non..... 3 NSP..... 8	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
BR2	LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTRÉE / DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	1⇒Module suivant
BR3	SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui.....1 Non..... 2	2⇒Module suivant
BR4	POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE?	Coûte trop cher1 C'est trop loin..... 2 NSP qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer d'amende... 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP..... 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT**EC**

EC1	COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom)?	Aucun..... 00 Nombre de livres d'enfant..... 0_ Dix livres ou plus.....10
EC2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES)? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	O N NSP Jouets fabriqué à la maison 1 2 8 Jouets de magasin 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8
EC3	PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT (C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? Si 'jamais', inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.....
EC4	Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant.	

EC5	(Nom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒EC7 8⇒EC7
EC6	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures.....	
EC7	PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : Si oui, demandez: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ? Encerclez tout ce qui est mentionné. [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ? [C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ? [D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE? [E] JOUER AVEC (nom) ? [F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Mère Père Autre Personne Lire des livres A B X Y Raconter des histoires A B X Y Chanter des chansons A B X Y Promener A B X Y Jouer A B X Y Passer du temps A B X Y	
EC8	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC9	EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC10	EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC10A	SI NON, EST CE QUE (nom) PEUT IL CITER TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC11	EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC12	EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (nom) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC13	EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC14	QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LA FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	

EC15	EST-CE QUE (nom) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
EC16	EST-CE QUE (nom) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
EC17	EST-CE QUE (nom) EST FACILEMENT DISTRAIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

ALLAITEMENT**BF**

BF1	EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF2A NSP.....8 8⇒BF2A
BF2	EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 1⇒BF3 Non.....2 2⇒BF3 NSP.....8 8⇒BF3
BF2A	PARFOIS LES ENFANTS SONT NOURRIS AU LAIT MATERNEL DE DIFFERENTES FAÇON, PAR EXEMPLE A LA CUILLERE, A LA TASSE OU AU BIBERON. CELA PEUT SE PRODUIRE LORSQUE LA MERE NE PEUT PAS TOUJOURS ETRE AVEC SON BEBE. PARFOIS LES BEBES SONT ALLAITES PAR UNE AUTRE FEMME OU DU LAIT MATERNEL EST DONNE DE LA PART D'UNE AUTRE FEMME A LA CUILLERE, A LA TASSE OU AU BIBERON OU D'UNE AUTRE MANIERE. CELA PEUT SE PRODUIRE LORSQUE LA MERE NE PEUT PAS ALLAITE SON PROPRE BEBE (nom) A-T-IL DEJA REÇU DU LAIT MATERNEL DANS L'UNE DES FAÇONS QUE JE VIENS DE VOUS CITER ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF3 NSP.....8 8⇒BF3
BF2B	(nom) A-T-IL REÇU DU LAIT MATERNEL DANS L'UNE DES FAÇONS QUE JE VIENS DE VOUS CITER, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF3	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF4	EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF6 NSP.....8 8⇒BF6
BF5	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois _ _ _
BF6	EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF8 NSP.....8 8⇒BF8
BF7	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois _ _ _
BF8	EST-CE QUE (nom) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

BF9	EST-CE QUE (nom) A BU DU BOUILLON CLAIR (DE VIANDE OU DE LEGUMES) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF10	EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF11	EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF12	EST-CE QUE (nom) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF13	EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF15 NSP.....8 8⇒BF15
BF14	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _ _
BF15	EST-CE QUE (nom) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF16	EST-CE QUE (nom) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF18 NSP.....8 8⇒BF18
BF17	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _ _
BF18	EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER DE DECRIRE TOUT CE QUE (nom) A MANGE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT.

1- Aider la mère ou la gardienne de l'enfant à se remémorer l'ensemble des aliments que l'enfant a pu manger dans les dernières 24 heures en citant les différents moments de la journée (réveil, petit déjeuner, collation, goûter, déjeuner, dîner, couché, pendant la nuit).

Enregistrez au fur et à mesure les réponses en soulignant les aliments dans la liste ci-dessous et en encerclant le code 1 pour Oui. Pour les plats composés, demandez de citer les différents ingrédients qui composent les plats. Si un aliment est mentionné mais que ce dernier n'est pas répertorié dans la liste ci-dessous, l'inscrire dans la case « Autres aliments ».

Une fois que la mère ou la gardienne de l'enfant a terminé de citer l'ensemble des aliments consommés par l'enfant dans les dernières 24 heures, lire la question ci-dessous pour l'ensemble des groupes d'aliments où la réponse « 1 » n'est pas enregistrée.

2-Encerclez le code 1 si l'aliment a été donné, le code 2 pour NON si l'aliment n'a pas été donné et le code 8 pour NSP si la mère/gardienne ne sait pas si l'enfant a mangé cet aliment.

EST-CE QUE (nom) A MANGE (GROUPE D'ALIMENT) ?

AUTRES ALIMENTS :		OUI	NON	NSP
BF19A. Du pain, du riz, des pâtes, d'autres aliments à base de céréales y compris les bouillies à base de céréales ?	A	1	2	8
BF19B. Des carottes, de la citrouille, de la courge ou des patates douces dont la chair est jaune/orange ?	B	1	2	8
BF19C. De la pomme de terre, de l'igname blanche, du manioc, de la patate douce blanche ou un autre tubercule ou racine locale ?	C	1	2	8
BF19D. Des légumes de feuilles vertes ?	D	1	2	8
BF19E. Des mangues, des papayes mûres ou du melon ?	E	1	2	8
BF19F. D'autres fruits ou légumes ?	F	1	2	8
BF19G. Du foie, des rognons, du cœur, du gésier ou d'autres abats ?	G	1	2	8
BF19H. Des viandes telles que du bœuf, du porc, du mouton, de la chèvre, du poulet, du canard ou d'autres volailles ?	H	1	2	8
BF19I. Des œufs ?	I	1	2	8
BF19J. Du poisson frais, séché, fumé, des crustacés ou des fruits de mer ?	J	1	2	8
BF19K. Des arachides, des haricots, du niébé, des pois, des lentilles ou des noix ?	K	1	2	8
BF19L. Du lait caillé, du fromage, du yaourt ou d'autres produits laitiers ?	L	1	2	8
BF19M. De l'huile, de la graisse, du beurre ou des aliments préparés avec cela ?	M	1	2	8
BF19N. Des aliments sucrés tels que le chocolat, le miel, la confiture, les bonbons, les pâtisseries, les gâteaux ou les biscuits ?	N	1	2	8
BF19O. Des condiments, des épices, du piment, du poisson en poudre, du cube Maggi, des herbes ?	O	1	2	8
BF19P. Des chenilles, des escargots ou des insectes ?	P	1	2	8
BF19Q. Des aliments préparés avec l'huile de palme rouge ou une sauce à base d'huile de palme rouge ?	Q	1	2	8

SOINS DES ENFANTS MALADES

CA

CA1	EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP.....8 8⇒CA7
CA2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À (nom) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si moins, insistez : EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins.....1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 Rien à boire.....5 NSP.....8

CA3	PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? Si moins, insistez : EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins.....1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 A stoppé nourriture.....5 N'a jamais donné à manger6 NSP.....8
CA4	AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS : Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ (nom local du sachet de solution SRO) ? [B] UN LIQUIDE SRO PRÉ CONDITIONNÉ POUR LA DIARRHÉE ?	O N NSP Liquide sachet SRO1 2 8 Liquide SRO pré-conditionné.....1 2 8
CA5	EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP.....8 8⇒CA7
CA6	QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE ? Insistez : RIEN D'AUTRE ? Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. ----- (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique.....A Antimotilité/anti diarrhéique ... B ZincC Autre (pas antibiotique, antimotilité/anti diarrhéique ou zinc)G Comprimé ou sirop inconnu....H Injection Antibiotique.....L Non-antibiotiqueM Injection inconnue.....N Intraveineuse.....O Remède maison/ herbes médicinales.....Q Autre (précisez)X
CA7	EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP.....8 8⇒CA14
CA8	QUAND (nom) ÉTAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTÉS POUR RESPIRER ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP.....8 8⇒CA14
CA9	LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES, OU À UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches1 Nez bouché ou qui coulait2 2⇒CA14 Les deux.....3 Autre (précisez)6 6⇒CA14 NSP.....8
CA10	AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA12 NSP.....8 8⇒CA12

CA11	OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? Insistez: NULLE PART AILLEURS ? Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse. Insistez pour identifier chaque type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit. _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital du gouvernement.....A Centre de santé du gouvernement.....B Poste de santé du gouvernement.....C Agent de santé villageois.....D Clinique mobile/communautaire.....E Autre public (précisez) _____H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé.....I Médecin privé.....J Pharmacie privée.....K Clinique mobile.....L Autre médical privé (précisez) _____O Autre source Parent (e)/ Ami (e).....P Boutique.....Q Praticien traditionnel.....R Autre (précisez) _____X
CA12	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP.....8 8⇒CA14
CA13	QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. (Nom des médicaments)	Antibiotique Comprimé / Sirop.....A Injection.....B Antipaludéens.....M Paracétamol/Panadol/ Acétaminophène.....P Aspirine.....Q Ibuprofen.....R Autre (précisez) _____X NSP.....Z
CA14	Vérifiez AG2: enfant de moins de 3 ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15 <input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT	
CA15	LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines.....02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole .03 Jeté aux ordures (déchets solides)04 Enterré.....05 Laissé à l'air libre.....06 Autre (précisez) _____96 NSP.....98

PALUDISME

ML

ML1	A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
ML2	À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒ML3 8⇒ML3

ML2A	QUEL A ETE LE RESULTAT DU TEST DU SANG ?	Positif.....1 Négatif.....2 NSP.....8	
ML3	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒ML8 NSP.....8 8⇒ML8	
ML4	EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒ML8 NSP.....8 8⇒ML8	
ML5	EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒ML7 NSP.....8 8⇒ML7	
ML6	QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments. _____ (Nom des médicaments)	Antipaludéens: SP / Fansidar.....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Combinaison avec ArtémisinineE Autre antipaludéen (précisez) _____H Antibiotiques Comprimés / Sirop.....I Injection.....J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol / Acétaminophen.....P Aspirine.....Q Ibuprofen.....R Autre (précisez) _____X NSP.....Z	
ML7	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒ML9 NSP.....8 8⇒ML10	
ML8	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒ML10 NSP.....8 8⇒ML10	
ML9	QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom)? Insistez: AUCUN AUTRE MEDICAMENT? ENCERCLEZ TOUS LES MEDICAMENTS MENTIONNES. SI DES MEDICAMENTS ONT ETE DONNES, INSCRIVEZ LA MARQUE DE TOUS LES MEDICAMENTS. _____ (Nom des médicaments)	Antipaludéens: SP / Fansidar.....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Combinaison avec ArtémisinineE Autre antipaludéen (précisez) _____H Antibiotiques Comprimés / Sirop.....I Injection.....J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol / Acétaminophen.....P Aspirine.....Q Ibuprofen.....R Autre (précisez) _____X NSP.....Z	
ML10	Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec ML11. <input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT.		
ML11	COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)? Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.	Même jour.....0 Jour suivant.....1 2 jours après début de la fièvre....2 3 jours après début de la fièvre....3 4 jours ou plus après début de la fièvre.....4 NSP.....8	

VACCINATIONS

IM

Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible

IM1	AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES ? (SI Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?	Oui, vu.....1 Oui, non vu 2 Pas de carnet..... 3	1⇒IM3 2⇒IM6
IM2	AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui.....1 Non..... 2	1⇒IM6 2⇒IM6
IM3	(a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet. (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Date des vaccinations	
		Jour	Mois
		Année	
	BCG	BCG	
	POLIO A LA NAISSANCE	VPO0	
	POLIO 1	VPO 1	
	POLIO 2	VPO 2	
	POLIO 3	VPO 3	
	DTCOQ 1	DTCOQ 1	
	DTCOQ 2	DTCOQ 2	
	DTCOQ 3	DTCOQ 3	
	PENTAVALENT 1	PENTA 1	
	PENTAVALENT 2	PENTA 2	
	PENTAVALENT 3	PENTA3	
	HEPB A LA NAISSANCE	H0	
	HEPB1	H1	
	HEPB2	H2	
	HEPB3	H3	
	ROUGEOLE (OU VAR ROR)	ROUG.	
	FIÈVRE JAUNE VAA	FJ	
	VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA	
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui⇒ Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non⇒ Continuez avec IM5		
IM5	EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus. (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.)	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18
IM6	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18

IM7	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS L'AVANT BRAS GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM8	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES – C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines.....1 Plus tard..... 2	
IM10	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM10A	EST CE QUE (NOM) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM10B	COMBIEN DE FOIS (NOM) A REÇU LA DOSE DE PENTAVALENT ?	Nombre de fois __	
IM11	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCOQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE DOS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE? Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM13	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B Insistez en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D'HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 24 h après naissance.....1 Plus tard..... 2	
IM15	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM16	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE OU UNE INJECTION VAR – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM17	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ? Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM18	EST-CE QUE (nom) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	

IM19	Dites-moi, s'il vous plaît, si (nom) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes: [A] Septembre 2008/Campagne Vitamine A, [B] Mai-Juin 2009/Semaine santé Mère et enfant B, [C] Novembre-Décembre 2009/ Vaccination Polio, Vit A et Déparasitage C		O	N	NSP
	Campagne A.....1	2	8		
	Campagne B.....1	2	8		
	Campagne C.....1	2	8		
UF13.	Enregistrez l'heure.	Heure et minutes.....:_____			
UF14.	Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage. Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour le mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.				

ANTHROPOMÉTRIE

AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.
Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1.	NOM ET CODE DU TECHNICIEN:	Nom _____
AN2.	Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures1 Enfant non présent..... 2 2⇒AN6 Enfant ou gardienne a refusé 3 3⇒AN6 Autre (précisez) 6 6⇒AN6
AN3.	Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg)..... _____ Poids non mesuré.....99.9
AN4.	Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2A: <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 24 mois. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 24 mois ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée...1 _____ Taille (cm) Position debout.....2 _____ Taille allongée/debout non mesurée..... 9999.9
AN5.	Œdème Observez et enregistrez.	Vérifié: Œdème présent1 Œdème non présent..... 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) 7
AN6.	Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération. Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.	
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain		
Observations du superviseur		
Observations de l'enquêteur/enquêtrice		

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME

ML

Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (voir colonne HL7A de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque homme éligible.

ML1. Numéro de grappe: _____	ML2. Numéro de ménage: _____
ML3. Nom de l'homme _____	ML4. Numéro de ligne de l'homme: _____
ML5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: Nom _____	ML6. Jour / Mois / Année de l'interview: ____ / ____ / _____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêté : NOUS FAISONS PARTIE DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DU COUPLE MERE-ENFANT, L'EDUCATION, LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE MANIERE GENERALE ET DU VIH/ SIDA.TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS ABORDER DES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE MANIERE GENERALE ET DU VIH/SIDA. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.	
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à ML10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez ML7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
ML7. Résultat de l'interview de l'homme	Rempli..... 01 Pas à la maison..... 02 Refusé 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (précisez) 96
ML8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	ML9. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
ML10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes.....:_____

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME

AN

MB1	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance : Mois..... NSP mois 98 Année..... NSP année..... 9998
MB2	QUEL AGE AVEZ-VOUS ? Insistez: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparez et corrigez MB1 et/ou MB2 si incohérentes	Âge (en années révolues) _____
MB3	AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui.....1 Non..... 2 2⇒MB7
MB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle 0 0⇒MB7 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3
MB5	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVE A CE NIVEAU ? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe _____
MB6	Vérifiez MB4 <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec MB7	

MB7	J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêté. Si l'enquêté ne peut pas lire une phrase entière, insistez : POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout.....1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêté 4 (précisez langue) Aveugle/muet/problème de vue/élocution 5
MB8	QUELLE EST VOTRE OCCUPATION OU METIER ?	Occupation/métier..... -- --

MUTILATIONS GÉNITALES**MFG**

MFG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION FEMININE?	Oui.....1 Non.....2	1⇒Module suivant
MFG2	DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
MFG3	PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue1 Disparaître2 Cela dépend.....3 NSP.....8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE**MDV**

MVM1	PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :	Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire ...	1	2	8
	Néglige les enfants ...	1	2	8
	Argumente	1	2	8
	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
	Brûle la nourriture	1	2	8
	Tromper avec un autre homme	1	2	8
	[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?			
	[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?			
	[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?			
	[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?			
	[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?			
	[F] SI ELLE LE TROMPE AVEC UN AUTRE HOMME ?			

MARIAGE/UNION**MMA**

MMA1	ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, actuellement marié.....1 Oui, vit avec une femme 2 Non, pas en union 3	3⇒MMA5
MMA2	AVEC COMBIEN DE FEMMES VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?	Nombre -- --	
MMA3	Si l'enquêté vit avec une seule femme QUEL AGE A EU VOTRE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années -- -- NSP98	
MMA3A	Si l'enquêté vit avec plus d'une femme QUEL AGE A EU VOTRE PLUS JEUNE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années -- -- NSP98	
MMA4	• Si l'enquêté n'a qu'une seule femme, poser: S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE VOTRE FEMME/PARTENAIRE? • Si l'enquêté a plus d'une femme poser : S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE VOS FEMMES ET DES PARTENAIRE AVEC QUI VOUS VIVEZ. COMMENCEZ PAR CELLE, QUI A ETE LA PREMIERE AVEC QUI VOUS AVEZ VECU ?	Reportez seulement le numéro de ligne du questionnaire Ménage correspondant à la femme/partenaire. Si ne vit pas le ménage inscrivez 00. ----- ----- ----- -----	⇒MMA7 ⇒MMA7 ⇒MMA7 ⇒MMA7

MMA5	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU EN UNION AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui a été marié.....1 Oui a vécu avec une femme 2 Non.....3	⇒Module suivant
MMA6	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE: ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPARÉ?	Veuf1 Divorcé 2 Séparé 3	
MMA7	AVEZ-VOUS ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UNE FEMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois1 Plus d'une fois 2	
MMA8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UNE FEMME ?	Mois -- -- NSP le mois98 Année -- -- NSP l'année 9998	⇒Module suivant
MMA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIERE FEMME/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues..... -- --	

COMPORTEMENT SEXUEL**MSB**

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêté.

MSB1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels00 Age en années -- -- 1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) marie/partenaire95	00⇒ Module suivant
MSB2	LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Ne se souvient pas..... 8	
MSB3	QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.	Il y a ... jours 1 -- -- Il y a ... semaines 2 -- -- Il y a ... mois 3 -- -- Il y a ...ans4 -- --	4⇒MSB15
MSB4	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2	
MSB5	QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel Si 'petite amie', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Epouse1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser)..... 6	3⇒MSB7 4⇒MSB7 6⇒MSB7
MSB7	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge de la partenaire sexuelle... -- -- NSP98	
MSB8	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒MSB15

MSB9	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui1 Non.....2	
MSB10	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel Si 'petite amie', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Epouse1 Partenaire cohabitante2 Petite amie3 Rencontre occasionnelle4 Autre (préciser)6	
MSB12	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel..... __ __ NSP98	
MSB13	MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui1 Non.....2	2⇒MSB15
MSB14	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires..... __ __	
MSB15	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation. Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.	Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __ NSP98	

VIH/SIDA

MHA

MHA1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui1 Non.....2	2⇒ML11
MHA2	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UNE PARTENAIRE SEXUELLE QUI N'EST PAS INFECTEE ET QUI N'A AUCUNE AUTRE PARTENAIRE ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA3	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA4	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA5	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA6	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP8	

MHA8	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE: [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement1 2 8 En allaitant1 2 8	
MHA9	À VOTRE AVIS, SI UN(E) ENSEIGNANT(E) A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'IL/ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'IL/ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISE(E) A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA10	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA11	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA12	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2	2⇒MHA27
MHA17	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus3	
MHA18	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non.....2 NSP8	2⇒ML11 2⇒ML11 8⇒ML11
MHA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2	
ML11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes : ..	
Observations de l'enquêteur/enquêtrice			
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain			
Observations du superviseur			