

ANNEXE F.

QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Bénin

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE		HH
HH1. Numéro de grappe : ____ ____ ____	HH2. Numéro du ménage : ____ ____	
HH3. Nom et numéro de l'enquêteur : Nom _____	HH4. Nom et numéro du chef d'équipe : Nom _____	
HH5. Jour/mois/année de l'enquête : ____ / ____ / 2014	HH7. Département : Alibori..... 01 Atacora..... 02 Atlantique..... 03 Borgou..... 04 Collines..... 05 Couffo..... 06 Donga..... 07 Littoral..... 08 Mono..... 09 Ouémé..... 10 Plateau..... 11 Zou..... 12	
HH6. MILIEU DE RESIDENCE : Urbain..... 1 Rural..... 2		
HH8. Ménage est sélectionné pour enquête Homme ? Oui..... 1 Non..... 2		
<p>NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE). NOUS MENONS UNE ENQUÊTE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MÉNAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 60 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler « 04 » à HH9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
HH9. Résultat de l'enquête ménage : Complété 01 Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite 02 Ménage entier absent pour une longue période..... 03 Refus 04 Logement vide/l'adresse n'est pas un logement..... 05 Logement détruit..... 06 Logement non trouvé..... 07 Autre (préciser) 96		

Une fois le questionnaire ménage complété, saisir les informations suivantes :

HH10. Répondant au questionnaire ménage :
 Nom _____ Num. ligne : _____

HH11. Nbre total membres du mén. : _____

HH12. Nbre de femmes de 15-49 ans : _____

Si ménage sélectionné pour enquête Homme :
HH13A. Nbre d'hommes de 15-49 ans : _____

HH14. Nbre d'enfants moins de 5 ans : _____

Une fois tous les questionnaires du ménage complétés, saisir les informations suivantes :

HH13. Nbre de questions Femme complétées : _____

Si ménage sélectionné pour enquête Homme :
HH13B. Nbre questions Homme complétées : _____

HH15. Nbre de questions Enfant < 5 ans complétées :

LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE

HL

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure ---

Minutes ---

TOUT D'ABORD, DONNEZ-MOI, S'IL VOUS PLAIT, LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE Enregistrer le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4).

Demandeur ensuite : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MÊME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT À LA MAISON ?

Si oui, compléter la liste pour les questions HL2-HL4. Poser ensuite toutes les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois.

Utiliser un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la liste des membres du ménage ont été utilisées.

HL1. Num. de ligne	HL2. Nom	HL3. Quel lien de parenté DE (nom) OU AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom) ?	HL6. QUEL AGE A (nom) ?	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI LA NUIT DERNIERE ?	HL6B. EST-CE QUE (nom) EST COUVERT PAR UNE ASSURANCE-MALADIE ?	HL6C. EST-CE QUE (nom) A UN LIVRET D'ASSURANCE-MALADIE ?	Femmes 15-49 ans HL7. Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49 ans	Hommes 15-49 ans HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	Enfants 0-4 ans HL7B. Encercler num. de ligne si l'âge entre 0-4 ans	Enfants de 0-17 ans HL12A. OÙ LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T-ELLE ?	HL12. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE ?	HL11. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?	HL13. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?	HL14. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE ?	HL14A. OÙ LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T-IL ?	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL2. de HL12. Si HL2 est blanc ou "00", demander : QUI EST LE/LA GARDIEN(NE) PRINCIPALE DE (nom) ?
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois Année	Âge	O N	O N	O N	15-49	15-49	0-4	O N	Mère	O N	NSP	Père	8 NSP	Mère/gardienn
01		01	1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	01	01	01	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
02			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	02	02	02	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
03			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	03	03	03	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
04			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	04	04	04	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
05			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	05	05	05	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
06			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	06	06	06	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
07			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	07	07	07	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
08			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	08	08	08	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
09			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	09	09	09	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
10			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	10	10	10	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
11			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	11	11	11	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
12			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	12	12	12	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
13			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	13	13	13	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
14			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	14	14	14	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
15			1 2	-- --	-- --	1 2	1 2	1 2 3 8	15	15	15	1 2 3 8	---	1 2 8	1 2 8	---	1 2 3 8	---
Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé <input type="checkbox"/>																		

Insister pour savoir s'il n'y a pas d'autres membres dans le ménage. En particulier, demander s'il n'y a pas de bébés/jeunes enfants qui ne sont pas sur la liste, et d'autres personnes qui ne sont pas membres de la famille (comme des employés ou amis) mais qui vivent habituellement dans le ménage. Inscrire les noms des membres additionnels dans la liste du ménage et compléter la feuille de manière appropriée.

Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Femme séparé. Pour chaque homme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et les autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Homme séparé. Pour chaque enfant de moins de 5 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de sa/son gardien(ne) 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, chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans du ménage.

* Codes pour HL3 : Relation avec chef de ménage :	01 Chef de ménage 02 Femme/mari 03 Fils/fille 04 Gendre/belle-fille	05 Petit-fils/petite-fille 06 Mère/père 07 Beau-père/belle-mère 08 Frère/sœur	09 Beau-frère/belle-sœur 10 Oncle/tante 11 Nièce/neveu 12 Autre parent	13 Enfant adopté/confié/enfant du conjoint 14 Domestique (si vit dans le ménage) 96 Autre - Sans lien de parenté 98 NSP
--	--	--	---	--

EDUCATION

ED

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus			Pour les membres du ménage de 5-24 ans														
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et âge À copier de HL2 et HL6	ED3. (Nom) EST-IL/ ELLE DÉJÀ ALLÉ(E) À L'ÉCOLE OU MATERNELLE ?	ED4A. QUEL EST LE NIVEAU D'ÉTUDES QUE (nom) A ATTEINT ?	ED4B. QUELLE EST LA DERNIÈRE CLASSE QUE (nom) A ACHEVÉE A CE NIVEAU ?	ED5. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE 2013-2014, (nom) EST-IL/ ELLE ALLÉ(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ÉCOLE/A L'ÉCOLE/ MATERNELLE ?	ED6. DURANT CETTE ANNÉE SCOLAIRE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) EST-IL/ELLE ?					ED6C. Vérifier ED6A. ED6A = 0, 1 ou 2 ⇒ Continuer à ED6D ED6A = 3, 4, ou 8 ⇒ ED7					ED7. AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE, 2012-2013, (nom) EST-IL/ ELLE ALLÉ(E) N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ÉCOLE/L'ÉCOLE MATERNELLE ?	ED8. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE 2012-2013, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ÉTAIT-IL/ELLE ?
						Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 1 3 Secondaire 2 4 Supérieur 8 NSP Si la 1 ^{re} classe du niveau n'est pas achevée, noter 00. Si niveau = 0, passer à ED5	Classe : 98 NSP	ED6D EST-CE FREQUENTE ACTUELLEMENT UNE ÉCOLE PUBLIQUE ?	ED6E EST-CE QUE, (nom) BÉNÉFICIE DE CANTINE SCOLAIRE ?	ED6F. AVEZ-VOUS PAYÉ DES FRAIS DE SCOLARITÉ POUR, (nom) ?	ED6G. QUELS FRAIS AVEZ-VOUS PAYÉS POUR (nom) ?	Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 1 3 Secondaire 2 4 Supérieur 8 NSP Si niveau = 0, aller à ligne suivante.	Classe : 98 NSP				
Ligne	Nom	Age	Oui Non	Classe	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	Oui Non	NSP	Niveau	Classe	
01			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
02			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
03			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
04			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
05			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
06			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
07			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
08			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
09			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
10			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
11			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
12			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
13			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
14			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				
15			1 2	0 1 2 3 4 8		1 2	1 2	1 2	1 2	A B C X	1 2	8	0 1 2 3 4 8				

SÉLECTION D'UN ENFANT POUR LE TRAVAIL DES ENFANTS/DISCIPLINE DES ENFANTS**SL**

SL1. Vérifier HL6 dans la liste des membres du ménage et écrire le nombre total d'enfants de 1-17 ans.

Nombre total.....__

SL2. Vérifier le nombre d'enfants de 1-17 ans dans SL1 :

☐ Zéro ⇒ Aller au module CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES

☐ Un ⇒ Aller à SL9 et enregistrer le numéro de rang comme '1', entrer le numéro de ligne, le nom de l'enfant et son âge

☐ Deux ou plus ⇒ Continuer avec SL2A

SL2A. Lister chaque enfant âgé de 1-17 ans ci-dessous dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans la liste des membres du ménage. N'incluez pas d'autres membres du ménage en dehors du groupe d'âge 1-17 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe et l'âge de chaque enfant.

SL3. Numéro de rang	SL4. Numéro de ligne de HLI	SL5. Nom de HL2	SL6. Sexe de HL4		SL7. Âge 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	___

SL8. Vérifier le dernier chiffre du numéro du ménage (HH2) sur la page de couverture. C'est le numéro de la ligne du tableau ci-dessous sur laquelle vous devez aller.

Vérifier le nombre total d'enfants de 1-17 ans dans SL1 ci-dessus. C'est le numéro de colonne du tableau ci-dessous sur lequel vous devez aller.

Trouver la case où la ligne et la colonne se croisent et encercler le numéro qui apparaît dans la case. C'est le numéro de rang (SL3) de l'enfant sélectionné.

Dernier chiffre du numéro de ménage (de HH2)	Nombre total d'enfants éligibles dans le ménage (de SL1)						
	2	3	4	5	6	7	8 +
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

SL9. Enregistrer le numéro de rang (SL3), le numéro de ligne (SL4), le nom (SL5) et l'âge (SL7) de l'enfant sélectionné.

Numéro de rang.....__

Numéro de ligne.....__

Nom

Âge.....__

TRAVAIL DES ENFANTS

CL

CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9 :☐ 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant☐ 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2**CL2.** MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUTE ACTIVITE QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE.DEPUIS (*jour de la semaine*) DERNIER, (*nom*) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST MOINS D'UNE HEURE SEULEMENT ?[A] EST-CE QUE (*nom*) A TRAVAILLE SUR SON PROPRE TERRAIN/FERME/ POTAGER OU AIDE SUR CELUI DU MENAGE OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RECOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMMENER AU PATURAGE OU LES TRAIRE ?A travaillé sur terrain/ferme/
potager ou s'est occupé des
animaux I

O N

2

[B] EST-CE QUE (*nom*) A AIDE DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLE DANS SA PROPRE ENTREPRISE ?A aidé dans entreprise familiale
/d'un autre parent/dans
sa propre affaire..... I

2

[C] EST-CE QUE (*nom*) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ?A produit/vendu des articles/de
l'artisanat/des vêtements/
nourriture ou des produits..... I

2

[D] DEPUIS (*jour de la semaine*) DERNIER, (*nom*) A-T-IL/ELLE ETE ENGAGE(E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE EN ECHANGE DE PAIEMENT EN ESPECES OU EN NATURE, MEME POUR MOINS D'UNE HEURE ?

Toute autre activité I 2

Si "Non", insister :

SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (*nom*) A PU FAIRE COMME EMPLOYE REGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYE POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MENAGE OU A LA FERME.**CL3.** Vérifier CL2 A-D :☐ Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4☐ Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8**CL4.** DEPUIS (*jour de la semaine*) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (*nom*) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES ?

Si moins d'1 heure, noter '00'.

Nombre d'heures..... _ _ _ _ _

CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES ?

Oui I

Non 2

CL6A. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (COUTEAUX, ETC.) ?

Oui I

Non 2

CL6B. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE FAIRE FONCTIONNER DES GROSSES MACHINES ?

Oui I

Non 2

CL7. COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (nom) ? [A] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A LA POUSSIERE/ FUMÉES OU GAZ ? [B] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE AU FROID, A LA CHALEUR OU A DE L'HUMIDITE EXTREME ? [C] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS ? [D] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A UN TRAVAIL EN HAUTEUR ? [E] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU A DES EXPLOSIFS ? [G] DANS LE CADRE DE SON ACTIVITE, EST-CE QUE (nom) FAIT DU TRAVAIL SOUTERRAIN (MINES, CARRIERES, ETC.) ? [H] DANS LE CADRE DE SON ACTIVITE, EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE AU MAUVAIS ECLAIRAGE ? [I] DANS LE CADRE DE SON ACTIVITE, EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A UNE VENTILATION INSUFFISANTE ? [J] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A D'AUTRES CHOSES, PROCÉDES OU CONDITIONS MAUVAIS POUR SA SANTE OU SA SECURITE ?	Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2 Oui.....1 Non.....2	
CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) EST-IL/ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2	2s CL10
CL9. AU TOTAL, DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE PASSE A CHERCHER DE L'EAU OU A RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ? <i>Si moins d'une heure, enregistrer "00".</i>	Nombre d'heures.....__ __	
CL10. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, EST-CE QUE (nom) A FAIT UNE DES TACHES SUIVANTES POUR LE MENAGE : [A] DES ACHATS POUR LE MENAGE ? [B] REPARER N'IMPORTE QUEL EQUIPEMENT DU MENAGE ? [C1] CUISINER ? [C2] NETTOYER DES USTENSILES OU LA MAISON ? [D] LAVER LES VETEMENTS ? [E] PRENDRE SOIN DES ENFANTS ? [F] PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES OU MALADES ? [G] AUTRES TACHES POUR LE MENAGE ?	<div style="text-align: right;">O N</div> Achats pour le ménage 1 2 Réparations d'équipement 1 2 Cuisiner 1 2 Laver ustensiles/maison 1 2 Laver les vêtements..... 1 2 Prendre soin des enfants..... 1 2 Prendre soin des âgés/des malades.. 1 2 Autres tâches..... 1 2	
CL11. Vérifier CL10, A à G : <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL12 <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller au module suivant		
CL12. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES A PEU PRES, (nom) A-T-IL/ELLE PASSE DANS CETTE/CES ACTIVITE(S) ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00'.</i>	Nombre d'heures.....__ __	

DISCIPLINE DE L'ENFANT

CD

CD1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à partir de SL9 :

- ☐
- 1-14 ans ⇒ Continuer avec CD2
-
- ☐
- 15-17 ans ⇒ Aller au module suivant

CD2. Inscrire le numéro de ligne et le nom de l'enfant à partir de SL9.	Nombre de ligne.....	
	Nom	
CD3. LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR APPRENDRE AUX ENFANTS A BIEN SE COMPORTER 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 DE VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom)AU COURS DU MOIS DERNIER.		
[A] RETIRER DES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Retirer des privilèges.....	O N I 2
[B] EXPLIQUER A (nom) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE.	Expliquer le mauvais comportement..	I 2
[C] LE/LA SECOUER.	Le/la secouer.....	I 2
[D] HURLER, LUI CRIER DESSUS.	Hurler, lui crier dessus	I 2
[E] LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Donner quelque chose d'autre à faire	I 2
[F] LUI DONNER UNE FESSEE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES A MAIN NUES.	Donner une fessée, frapper ou taper sur les fesses avec mains nues...	I 2
[G] LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR D'AUTRES PARTIES DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE TEL QUE CEINTURE, BROUSSE A CHEVEUX, BATON OU AUTRE OBJET DUR.	Frapper avec ceinture, brosse, bâton ou autre objet dur	I 2
[H] LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE NOM COMME ÇA.	Le/la traiter d'idiot, paresseux, ou d'autres noms.....	I 2
[I] LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES.	Le/la frapper/gifler sur le visage, la tête ou les oreilles	I 2
[J] LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES.	Le/la frapper/taper sur les mains, bras ou jambes.....	I 2
[K] LE/LA BATTRE, C'EST-A-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.	Le/la battre, frapper encore et encore aussi fort que possible.....	I 2
CD4. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER OU EDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NECESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?	Oui	I
	Non.....	2
	NSP/sans opinion.....	8

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES		HC
HCIA. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MÉNAGE ?	Vodoun 11 Autres traditionnelles 12 Islam.....21 Catholique.....31 Protestant méthodiste32 Autres protestants33 Céleste34 Autres chrétiens35 Pas de religion.....51 Autre religion (préciser)..... 96	
HCIC. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MÉNAGE APPARTIENT-IL ?	Adja et apparentes01 Bariba et apparentes02 Dendi et apparentes.....03 Fon et apparentes..... 04 Yoa & Lokpa apparentes05 Betamaribe et apparentes06 Peulh et apparentes.....07 Yoruba et apparente 08 Pays limitrophes.....09 Autres pays10 Autre (préciser) 96	

HC1D. QUELLE EST LA SITUATION DU CHEF DE CE MENAGE DANS L'EMPLOI QU'IL EXERCE ACTUELLEMENT ?	À la recherche du 1er emploi 11 Chômeur 12 Apprenti/élève/étudiant 13 Retraité 14 Autre inactif 15 Employeur 21 Travailleur à son propre compte 22 Salarié permanent 23 Salarié temporaire 24 Membre d'une coopérative 25 Aide familial 26 Autre (préciser) 96	11⇒ HC2 12⇒ HC2 13⇒ HC2 14⇒ HC2 15⇒ HC2 96⇒ HC2
HC1E. QUE FAIT PRINCIPALEMENT L'ENTREPRISE DANS LAQUELLE LE CHEF DE CE MENAGE TRAVAILLE ?	Agriculture, élevage, pêche et forêt 01 Industrie 02 Eau, électricité, gaz 03 BTP 04 Commerce et restauration 05 Transports et communications 06 Banques et assurances 07 Artisanat 08 Autres services 96	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces __ __	
HC3. <i>Principal matériau du sol.</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Matériau rudimentaire Planche en bois 21 Palmes/bambou 22 Matériau fini Parquet ou bois ciré 31 Vinyle ou asphalte 32 Carrelage 33 Ciment 34 Moquette 35 Autre (préciser) 96	
HC4. <i>Principal matériau du toit.</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de toit 11 Chaume/feuille de palmier/paille 12 Herbes 13 Matériau rudimentaire Natte 21 Palmes/bambou 22 Planches en bois 23 Carton 24 Matériau fini Métal 31 Bois 32 Zinc/fibre de ciment 33 Tuiles 34 Ciment 35 Shingles 36 Tôles 37 Autre (préciser) 96	

HC5. Principal matériau des murs extérieurs. Enregistrer l'observation.	Matériau naturel Pas de murs 11 Canne/palmes/troncs..... 12 Mottes de terre..... 13 Pierre 14 Bouse 15 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 (préciser) 96																																																	
HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	Électricité 01 Gaz propane liquéfié (GPL)..... 02 Gaz naturel..... 03 Biogaz 04 Kérosène 05 Charbon/lignite..... 06 Charbon de bois 07 Bois 08 Paille/branchages/herbes 09 Bouse 10 Résidus agricoles/sciure/copeaux..... 11 Pas de repas préparé dans le ménage..... 95 Autre (préciser) 96	01⇒ HC8 02⇒ HC8 03⇒ HC8 04⇒ HC8 05⇒ HC8 95⇒ HC8																																																
HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ? Si 'Dans la maison', insister : 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 (préciser) 6																																																	
HC8. DANS VOTRE MÉNAGE AVEZ-VOUS : [A] L'ELECTRICITE ? [B] LA RADIO ? [C] LA TELEVISION ? [D] UN TELEPHONE FIXE ? [E] UN REFRIGERATEUR ? [F] UN RECHAUD A GAZ [G] UNE CUISINIÈRE [H] UN VENTILATEUR [I] UN FOYER AMÉLIORE [J] UN FER A REPASSER ELECTRIQUE [K] UN FAUTEUIL [L] UN MATELAS EN MOUSSE [M] UN LIT [N] UN ORDINATEUR [O] UNE CONNEXION INTERNET (MOBILE OU FIXE)	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Électricité 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Radio..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Télévision..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Téléphone fixe 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Réfrigérateur..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Réchaud à gaz 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Cuisinière 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Ventilateur..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Foyer amélioré..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Fer à repasser électrique 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Fauteuil 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Matelas en mousse 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Lit 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Ordinateur 1</td><td>2</td><td></td></tr> <tr><td>Connexion Internet..... 1</td><td>2</td><td></td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Électricité 1	2		Radio..... 1	2		Télévision..... 1	2		Téléphone fixe 1	2		Réfrigérateur..... 1	2		Réchaud à gaz 1	2		Cuisinière 1	2		Ventilateur..... 1	2		Foyer amélioré..... 1	2		Fer à repasser électrique 1	2		Fauteuil 1	2		Matelas en mousse 1	2		Lit 1	2		Ordinateur 1	2		Connexion Internet..... 1	2		
	Oui	Non																																																
Électricité 1	2																																																	
Radio..... 1	2																																																	
Télévision..... 1	2																																																	
Téléphone fixe 1	2																																																	
Réfrigérateur..... 1	2																																																	
Réchaud à gaz 1	2																																																	
Cuisinière 1	2																																																	
Ventilateur..... 1	2																																																	
Foyer amélioré..... 1	2																																																	
Fer à repasser électrique 1	2																																																	
Fauteuil 1	2																																																	
Matelas en mousse 1	2																																																	
Lit 1	2																																																	
Ordinateur 1	2																																																	
Connexion Internet..... 1	2																																																	

HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE : [A] UNE MONTRE ? [B] UN TELEPHONE MOBILE ? [C] UNE BICYCLETTE ? [D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ? [E] UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ? [F] UNE VOITURE OU UN CAMION ? [G] UN BATEAU A MOTEUR ? [H] UNE PIROGUE/BARQUE ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Montre.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone mobile.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bicyclette.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Moto/scooter.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Charrette avec animal.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Voiture/camion.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bateau à moteur.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pirogue/barque.....</td> <td> </td> <td>2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Montre.....		2	Téléphone mobile.....		2	Bicyclette.....		2	Moto/scooter.....		2	Charrette avec animal.....		2	Voiture/camion.....		2	Bateau à moteur.....		2	Pirogue/barque.....		2	
	Oui	Non																											
Montre.....		2																											
Téléphone mobile.....		2																											
Bicyclette.....		2																											
Moto/scooter.....		2																											
Charrette avec animal.....		2																											
Voiture/camion.....		2																											
Bateau à moteur.....		2																											
Pirogue/barque.....		2																											
HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ? Si "Non", demander : LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ? Si "loué de quelqu'un d'autre", encercler "2". Pour les autres réponses encercler "6".	Propriétaire..... Location..... 2 Autre (préciser) 6																												
HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?	Oui..... Non..... 2	2⇒ HC13																											
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ? Si moins de 1 ha, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.	Hectares.....																												
HC13. EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?	Oui..... 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, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '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..... Non..... 2																												
HC16. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A BENEFICIE DES PROGRAMMES DE MICROCREDITS AUX PLUS PAUVRES (MCP) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... Non..... 2																												
HC17. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A BENEFICIE D'UN PROGRAMME DE TRANSFERTS EN ESPECES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... Non..... 2																												
HC18. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE PARTICIPE A UN PROGRAMME A HAUTE INTENSITE DE MAIN-D'ŒUVRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... Non..... 2																												
HC19. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A REÇU DES FONDS DE PARENTS/AMIS RESIDANT A L'ETRANGER ?	Oui..... Non..... 2	2⇒ Module suivant																											
HC20. AU SEIN DE VOTRE MENAGE, A QUI SONT DESTINES LES FONDS REÇUS ? Insister : PERSONNE D'AUTRE ? Encercler toutes les personnes mentionnées, mais ne pas suggérer de réponse.	Personnes vivant dans le ménage Chef du ménage A Conjoint (e) B Enfant du chef du ménage C Autres enfants du ménage D Autre membre du ménage E Personne Y																												

HC21. SI OUI, SELON QUELLE PERIODICITE LES FONDS SONT-ILS REÇUS ?	Chaque mois 1 Chaque trimestre 2 Chaque semestre 3 Occasionnellement..... 4	
HC22. AU TOTAL, COMBIEN LE MENAGE A-T-IL REÇU AU COURS DES <u>12 DERNIERS MOIS</u> ?	Montant reçu (CFA) 9 millions 995 mille ou plus..... 9 995 000 NSP 9 999 998	
HC22A. Vérifier HC20. <input type="checkbox"/> L'argent n'est destiné à personne dans le ménage (code Y encerclé) ⇒ Module suivant <input type="checkbox"/> Au moins un membre du ménage est bénéficiaire de l'argent ⇒ Continuer à HC23		
HC23. LES FONDS REÇUS ETAIENT PRINCIPALEMENT UTILISES A QUOI ?	Consommation courante.....01 Investissement immobilier02 Financement d'une activité productive...03 Autre investissement..... 04 Événements familiaux/religieux05 Éducation.....06 Santé07 Épargne/tontine 08 Autre (<i>préciser</i>) 96 NSP98	

MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE

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. Demander à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 ^{re} Moustiquaire	2 ^e Moustiquaire	3 ^e Moustiquaire
TN4. Moustiquaire observée ?	Observée 1 Non observée..... 2	Observée 1 Non observée..... 2	Observée 1 Non observée..... 2
TN5. Observer ou demander la marque/type de moustiquaire. Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrer à l'enquêté(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.	Moustiquaires imprégnées de longue durée Permanet 11 Olyset 12 Duranet 13 Netprotect 14 Interceptor 15 Autre (préciser) 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré-imprégnées Permethrine 21 Deltamethrine 22 Cyfluthrin 23 Autre (préciser) 26 NSP marque 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque/type 98	Moustiquaires imprégnées de longue durée Permanet 11 Olyset 12 Duranet 13 Netprotect 14 Interceptor 15 Autre (préciser) 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré-imprégnées Permethrine 21 Deltamethrine 22 Cyfluthrin 23 Autre (préciser) 26 NSP marque 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque/type 98	Moustiquaires imprégnées de longue durée Permanet 11 Olyset 12 Duranet 13 Netprotect 14 Interceptor 15 Autre (préciser) 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré-imprégnées Permethrine 21 Deltamethrine 22 Cyfluthrin 23 Autre (préciser) 26 NSP marque 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque/type 98
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE ? Si moins d'un mois, enregistrer '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. Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire.	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré-imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre (36, 98) ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré-imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre (36, 98) ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré-imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre (36, 98) ⇒ Continuer
TN8. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DÉJÀ TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ÉLOIGNE 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 ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ÉLOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN11	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN11	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN11
TN10. IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE POUR LA DERNIÈRE FOIS ? Si moins d'un mois, enregistrer '00'.	Mois Plus de 24 mois 95 NSP/pas sûr 98	Mois Plus de 24 mois 95 NSP/pas sûr 98	Mois Plus de 24 mois 95 NSP/pas sûr 98
TN11. EST-CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ?	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN13	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN13	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr 8 ↗ TN13
TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ? Enregistrer 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, enregistrer '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 Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne
TN13.	Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.	Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.	Retourner à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.

Cocher ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé ☐

PULVERISATION INTRA-DOMICILIAIRE

IR

IR1. EST-CE QU'AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, QUELQU'UN EST VENU DANS VOTRE LOGEMENT POUR PULVERISER LES MURS INTERIEURS CONTRE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant
IR2. QUI A PULVERISE LE LOGEMENT ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Employé/programme du gouvernement A Société privée B Organisation non gouvernementale C Autre (<i>préciser</i>) X NSP Z	

EAU ET ASSAINISSEMENT

WS

WS1. D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet Dans le logement 11 Dans concession, cour ou parcelle 12 Robinet du voisin 13 Robinet public/borne-fontaine 14 Puits à pompe, forage 21 Puits creusé Puits protégé 31 Puits non protégé 32 Eau de source Source protégée 41 Source non protégée 42 Eau de pluie 51 Camion-citerne 61 Charrette avec petite citerne/tonneau 71 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81 Eau en bouteille 91 Eau en sachet 92 Autre (<i>préciser</i>) 96	11 ⇒ WS6 12 ⇒ WS6 13 ⇒ WS6 14 ⇒ WS3 21 ⇒ WS3 31 ⇒ WS3 32 ⇒ WS3 41 ⇒ WS3 42 ⇒ WS3 51 ⇒ WS3 61 ⇒ WS3 71 ⇒ WS3 81 ⇒ WS3 96 ⇒ WS3
WS2. D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet Dans le logement 11 Dans concession, cour ou parcelle 12 Robinet du voisin 13 Robinet public/borne-fontaine 14 Puits à pompe, forage 21 Puits creusé Puits protégé 31 Puits non protégé 32 Eau de source Source protégée 41 Source non protégée 42 Eau de pluie 51 Camion-citerne 61 Charrette avec petite citerne/tonneau 71 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81 Autre (<i>préciser</i>) 96	11 ⇒ WS6 12 ⇒ WS6 13 ⇒ WS6
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUÉE ?	Dans logement 1 Dans cour/parcelle 2 Ailleurs 3	1 ⇒ WS6 2 ⇒ WS6
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 ? <i>Insister :</i> 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 SAINTE A BOIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ WS8 8 ⇒ WS8
WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINTE ? <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	La faire bouillir A Y ajouter de l'eau de javel/chlore/aquatab B La filtrer à travers un linge C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) D Désinfection solaire E La laisser reposer F Autre (préciser) X NSP Z	
WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS ? <i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister :</i> OU VONT LES EAUX USEES ? <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau 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 fosses sans dalle/trou ouvert 23 Toilettes à compostage/écocendre 31 Seaux 41 Toilettes/latrines suspendues 51 Pas de toilettes, nature 95 Autre (préciser) 96	95 ⇒ Module suivant
WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
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 N'importe quel ménage (toilettes publiques) 2	2 ⇒ Module suivant
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	

LAVAGE DES MAINS

HW

HW1. J'AIMERAIS SAVOIR QUELS SONT LES ENDROITS QUE LES MENAGES UTILISENT POUR SE LAVER LES MAINS. MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, 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 Pas de permission de voir 3 Autre (préciser) 6	2 ⇒ HW4 3 ⇒ HW4 6 ⇒ HW4
HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains. <i>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible 1 Eau non disponible 2	
HW3A. Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?	Oui, il y en a 1 Non, il n'y en a pas 2	2 ⇒ HW4
HW3B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Barre de savon A Lessive (poudre/liquide/pâte) B Savon liquide C Cendre/sable D	

HW3C. Vérifier HW3B : <input type="checkbox"/> Une des réponses A, B ou C est encadrée ⇒ Aller à HH19 <input type="checkbox"/> Aucune des réponses A, B ou C n'est encadrée ⇒ Aller à HW6		
HW4. AVEZ-VOUS DU SAVON, DE LA LESSIVE, DE LA CENDRE OU DU SABLE DANS VOTRE MAISON POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ HW6
HW5A. POUVEZ-VOUS, SVP, ME LE MONTRER ?	Oui, montré 1 Non, pas montré 2	2 ⇒ HH19
HW5B. Enregistrer l'observation. <i>Encadrer tout ce qui s'applique.</i>	Barre de savon A Lessive (poudre/liquide/pâte) B Savon liquide C Cendre/sable D	
HW5C. Vérifier HW5B : <input type="checkbox"/> Une des réponses A, B ou C est encadrée ⇒ Aller à HH19 <input type="checkbox"/> Aucune des réponses A, B ou C n'est encadrée ⇒ Continuer à HW6		
HW6. POUR QUELLES RAISONS, NE DISPOSEZ-VOUS NI DE SAVON NI DE LESSIVE POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	En attente d'approvisionnement A Manque de moyen B Pas de boutique/marché proche C Pas nécessaire D Autre (préciser) X	
HH19. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes : ____ : ____	

IODATION DU SEL SI

SII. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ? <i>Une fois le sel testé, encadrer le code qui correspond au résultat du test.</i>	Pas iodé - 0 PPM 1 Plus de 0 PPM et moins de 15 PPM 2 15 PPM ou plus 3 Pas de sel dans le ménage 4 Sel non testé (préciser raison) 5	
---	--	--

HH20. Remercier le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifier la liste d'enregistrement des membres du ménage :

☐ Un questionnaire Individuel Femme séparé a été préparé pour chaque femme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7)

Vérifier HH8. Si le ménage a été sélectionné pour un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME :

☐ Un questionnaire individuel Homme séparé a été préparé pour chaque homme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7A)

☐ Un questionnaire Individuel Enfant séparé a été préparé pour chaque enfant de moins de 5 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7B)

Retourner à la page de couverture et s'assurer que le résultat de l'enquête ménage (HH9), le nom et le numéro de ligne du répondant au questionnaire ménage (HH10) et le nombre de femmes éligibles (HH12), d'hommes éligibles (HH13A) et d'enfants de moins de 5 ans (HH14) sont enregistrés.

Faire les arrangements nécessaires pour l'administration des questionnaires qui restent à faire dans ce ménage.

Observations de l'enquêteur

Observations du contrôleur

Observations du chef d'équipe

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

Bénin

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 liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.

WM1. Numéro de grappe : ____ ____ ____	WM2. Numéro de ménage : ____ ____
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : ____ ____
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour/mois/année de l'interview : ____ / ____ / 2014

Si la présentation au début du questionnaire ménage n'est pas déjà faite à cette répondante, lire la phrase suivante : NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (**INSAE**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT DURER ENVIRON UNE HEURE. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante : MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 70 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien
☐ Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe

WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli01 Pas à la maison02 Refusé.....03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (préciser)96
WM8. Chef d'équipe (nom et numéro) :	Nom _____
WM10. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ____ : ____

CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME

WB

WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ETES-VOUS NÉE ?	Date de naissance : Mois.....__ __ NSP mois98 Année.....__ __ __ NSP année 9998	
WB2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister : QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues)__ __	
WB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternel0 Primaire1 Secondaire 12 Secondaire 23 Supérieur.....4	0 ⇒ WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHÉVÉE À CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{re} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe__ __	

WB6. Vérifier WB4 : <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ Aller à WB8 <input type="checkbox"/> Primaire (WB4 = 1) ⇒ Continuer avec WB7		
WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister : 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 entière3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée (préciser langue).....4 Aveugle/problème de vue.....5	
WB8. QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Vodoun.....11 Autres traditionnelles12 Islam.....21 Catholique.....31 Protestant méthodiste32 Autres protestants33 Céleste34 Autres chrétiens35 Pas de religion.....51 Autre religion (préciser).....96	
WB9. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, APPARTENEZ-VOUS ?	Adja et apparentes01 Bariba et apparentes02 Dendi et apparentes.....03 Fon et apparentes.....04 Yoa & Lokpa apparentes.....05 Betamaribe et apparentés06 Peulh et apparentes.....07 Yoruba et apparente08 Pays limitrophes.....09 Autres pays10 Autre (préciser)96	
WB10. QUELLE EST VOTRE SITUATION DANS L'EMPLOI QUE VOUS EXERCEZ ACTUELLEMENT ?	À la recherche du 1 ^{er} emploi.....11 Chômeur.....12 Apprenti/élève/étudiant13 Retraité.....14 Autre inactif15 Employeur21 Indépendant.....22 Salarié permanent.....23 Salarié temporaire.....24 Membre d'une coopérative.....25 Aide familial.....26 Autre (préciser)96	11 ⇒ MTI 12 ⇒ MTI 13 ⇒ MTI 14 ⇒ MTI 15 ⇒ MTI 96 ⇒ MTI
WB11. QUE FAIT PRINCIPALEMENT L'ENTREPRISE DANS LAQUELLE VOUS TRAVAILLEZ ?	Agriculture, élevage, pêche et forêt.....01 Industrie02 Eau, électricité, gaz.....03 BTP.....04 Commerce et restauration.....05 Transports et communications06 Banques et assurances07 Artisanat.....08 Autres services (préciser)96	

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION MT

MT1. Vérifier WB7 : <input type="checkbox"/> Question laissée vide (la répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas une phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3		
MT2. À QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	

MT3. ÉCOUTEZ-VOUS LA RADIO : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
MT4. À QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION : DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
MT5. Vérifier WB2 : Âge de la répondante : <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Aller à MT12		
MT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ MT9
MT7. AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
MT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ MT12
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET ? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui1 Non.....2	2 ⇒ MT12
MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
MT12. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ENTENDU OU VU DES MESSAGES CONCERNANT LA PREVENTION OU LE TRAITEMENT DU PALUDISME ?	Oui1 Non.....2 Ne sait pas.....8	2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant
MT13. SUR QUOI PORTAIENT CES MESSAGES ? <i>Insister : RIEN D'AUTRE ?</i>	Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action/moustiquaireA ReimprégnationB Prise en charge des femmes enceintes avec SP.....C Prise en charge des enfants avec fièvre ...D Traitement du paludisme avec CTA.....E La cause et les risques du paludismeF La pulvérisation intradomiciliaireG Autre (<i>préciser</i>)X	
MT14. OU AVEZ-VOUS ENTENDU OU VU CES MESSAGES ? <i>Insister : RIEN D'AUTRE ?</i>	Radio.....A Télévision.....B Affiche.....C Événement communautaire.....D Relais communautaire.....E Agent de santéF DépliantG Banderole.....H Membre de la familleI Leaders d'opinionJ Autre (<i>préciser</i>)X	

FÉCONDITÉ		CM
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
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À 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 ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison Filles à la maison	
CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À 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 ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs Filles ailleurs	
CM8. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non", insister et demander : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRÉ, CRIÉ OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?</i>	Oui 1 Non 2	2 ⇒ CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS ? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés Filles décédées	
CM10. <i>Sommer les réponses à CM5, CM7, et CM9.</i>	Somme.....	
CM11. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total à CM10</i>) NAISSANCES VIVANTES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES, soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES		

BH

HISTORIQUE DES NAISSANCES

MAINTENANT, JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES VIVANTES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE.

Enregistrer le nom de toutes les naissances vivantes en BH1. Enregistrer les jumeaux/trièples sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

BH	BH1. N° DE LIGNE	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX ? 1 Simple 2 Multiple	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom) ? Insister : QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?	BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.	BH9. SI DÉCÉDÉ : QUEL AGE AVAIT IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? Si "1 an", insister : QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois : noter en mois si moins de 2 ans : ou en années si 2 ans ou plus.	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom) Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE ? 1 Oui 2 Non						
Ligne	Nom	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Âge	O	N	Unité	Nombre	O	N
01		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3			
02		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
03		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
04		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
05		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
06		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
07		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
08		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
09		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
10		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
11		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
12		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
13		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
14		1	2	1	2	--	----	1	2	--	1	2	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3		1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante
BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances) ?																1 Enregistrer dans l'historique

CM12A. Comparer le nombre à CM10 avec le nombre de naissances dans le module HISTORIQUE DES NAISSANCES ci-dessus et vérifier :

- ☐ Les nombres sont les mêmes ⇒ Continuer avec CM13
☐ Les nombres sont différents ⇒ Insister et corriger

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (mois de l'entretien) en 2012 (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est 2012, considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 2 dernières années).

- ☐ Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES
☐ Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années ⇒ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

DÉSIR 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.

Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.

DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE 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. À PARTIR DE LA GROSSESSE DE (nom) COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE ENCORE ? Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée.	Mois 1 ____ Années 2 ____ NSP 998	

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

MN

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.

Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit 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 ? Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ? Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.	Professionnel de la santé : Médecin A Infirmière/sage-femme B Aide soignante/assistante accoucheuse D Autre personne Matrone E Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Autre (préciser) X	
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ? Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.	Semaines 1 ____ Mois 2 0 ____ NSP 998	
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 ARTERIELLE ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Oui Non Tension 1 2 Échantillon d'urine 1 2 Prélèvement sanguin 1 2	

MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? <i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu)1 Oui (carnet non vu).....2 Non.....3 NSP8	
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 ?	Oui1 Non.....2 NSP8	2 ⇒ MN9 8 ⇒ MN9
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois.....__ NSP8	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 ⇒ Aller à MN12 <input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇒ Continuer avec MN9		
MN9. EST-CE QU'À 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP8	2 ⇒ MN12 8 ⇒ MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois.....__ NSP8	8 ⇒ MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a _____ année__ __	
MN12. Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Aller à MN17		
MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui1 Non.....2 NSP8	2 ⇒ MN17 8 ⇒ MN17
MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? <i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i>	SP/FansidarA ChloroquineB Autre (préciser)X NSPZ	
MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP/Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP/Fansidar non pris ⇒ Aller à MN16C		
MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ? SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRÉNATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTÉ OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois.....__ NSP8	
MN16A. À QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS COMMENCÉ À PRENDRE LA SP/FANSIDAR (AVANT LE 4 ^E MOIS, AU 4 ^E MOIS, APRÈS LE 4 ^E MOIS OU QUAND LE BÉBÉ A COMMENCÉ À BOUGER) ?	Avant 4 ^e mois1 Au 4 ^e mois2 Après 4 ^e mois3 Quand le bébé a commencé à bouger.....4	1
MN16B. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS DES DOSES DE SP/FANSIDAR DEVANT UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ?	Nombre de fois.....__ NSP8	

MNI6C. Vérifier MNI4 pour le médicament pris :

☐ Chloroquine prise ⇒ Continuer à MNI6D

☐ Chloroquine non prise ⇒ Aller à MNI7

MNI6D. QUI VOUS A PRINCIPALEMENT RECOMMANDE DE PRENDRE LA CHLOROQUINE ?

Professionnel de la santé :

Médecin..... 11

Infirmière/sage-femme..... 12

Aide-soignante/assistante accoucheuse 13

Autre personne

Matrone..... 16

Accoucheuse traditionnelle..... 17

Agent de santé communautaire..... 18

Parent(e)/ami(e)..... 19

Personne 20

Autre (préciser) 96

MNI7. QUI VOUS A ASSISTÉE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?

Insister :

QUELQU'UN D'AUTRE ?

Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.

Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.

Professionnel de la santé :

Médecin..... A

Infirmière/sage-femme..... B

Aide-soignante/assistante accoucheuse D

Autre personne

Matrone..... E

Accoucheuse traditionnelle..... F

Agent de santé communautaire..... G

Parent(e)/ami(e)..... H

Autre (préciser) X

Personne Y

MNI8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?

Insister pour obtenir le type d'endroit.

S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.

(Nom de l'endroit)

Domicile

Domicile de l'enquêtée..... 11

Autre domicile..... 12

Secteur public

Hôpital gouvernemental..... 21

Clinique/centre de santé gouv..... 22

Maternité isolée..... 24

Unité villageoise..... 25

Autre public (préciser) 26

Secteur médical privé

Hôpital privé..... 31

Clinique privée 32

Maternité privée..... 33

Hôpital confessionnel 34

Autre privé médical (préciser) 36

Autre (préciser) 96

11 ⇒ MN20

12 ⇒ MN20

96 ⇒ MN20

MNI9. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?

Oui..... 1

Non..... 2

2 ⇒ MN20

MNI9A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ÉTÉ PRISE ? ÉTAIT-CE AVANT OU APRÈS QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCÉ ?

Avant..... 1

Après 2

MN20. SELON VOUS, 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 PESE (E) À LA NAISSANCE ?

Oui..... 1

Non..... 2

NSP 8

2 ⇒ MN23

8 ⇒ MN23

MN22. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?

Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.

Du carnet de santé..... 1 (kg) __ __ __ __

De mémoire..... 2 (kg) __ __ __ __

NSP 99998

MN23. EST-CE QUE VOS RÈGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom) ?

Oui..... 1

Non..... 2

MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i> <i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i> <i>Autrement, noter en jours.</i>	Immédiatement 000 Heures 1 ____ Jours 2 ____ NSP/ne se rappelle pas 998	
MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MN28
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?	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 (<i>préciser</i>) X	⇒ Module suivant
MN28. DANS LES 6 PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ? <i>Si l'enfant a moins de 6 mois :</i> DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

EXAMENS DE SANTÉ POST-NATALS**PN**

Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien.

Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 ici _____.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.

PN1. Vérifier MN18 : L'enfant est-il né dans une structure de santé ?

☐ Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18 = 21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2

☐ Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18 = 11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6

PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>). VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT ? <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i>	Heures 1 ____ Jours 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas 998	
PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (<i>nom</i>), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VU SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN. EST-CE QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>) ?	Oui 1 Non 2	
PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT ? A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>) ?	Oui 1 Non 2	

PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18). EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (nom) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?	Oui.....1 Non.....2	1 ⇒ PN11 2 ⇒ PN16
PN6. Vérifier MN17 : Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, matrone, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17 = A-G) ⇒ Continuer avec PN7 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni matrone, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN10		
PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTEE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN. APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (la ou les personnes à MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?	Oui.....1 Non.....2	
PN8. ET EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTROLE VOTRE SANTE AVANT SON/LEUR DEPART ? PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui.....1 Non.....2	
PN9. APRES LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?	Oui.....1 Non.....2	1 ⇒ PN11 2 ⇒ PN18
PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN. APRES LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE ?	Oui.....1 Non.....2	2 ⇒ PN19
PN11. CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois.....1 Plus d'une fois.....2	1 ⇒ PN12A 2 ⇒ PN12B
PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ? PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ? Si c'est moins une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.	Heures.....1 ____ Jours.....2 ____ Semaines.....3 ____ NSP/ne se rappelle pas.....998	
PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA ?	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme.....B Aide-soignante/assistante accoucheuse D Autre personne Matrone.....E Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire.....G Parent(e)/ami(e).....H Autre (préciser)X	

PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE ? <i>Insister pour déterminer le type de source.</i> <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i>	Maison Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile..... 12 Secteur public Hôpital gouvernemental 21 Clinique/centre de santé gouv. 22 Maternité isolée 24 Unité villageoise 25 Autre public (<i>préciser</i>) 26 Secteur médical privé Hôpital privé..... 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Hôpital confessionnel 34 Autre privé médical (<i>préciser</i>) 36 Autre (<i>préciser</i>) 96	
<div style="border-top: 1px dashed black; text-align: center; padding-top: 5px;">(Nom du lieu)</div>		

SYMPTOMES DES MALADIES

IS

IS1. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de 5 ans ?
☐ Oui ⇒ Continuer avec IS2
☐ Non ⇒ Aller 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 AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ? <i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTOME ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.	Enfant incapable de boire ou de téter A État de l'enfant s'aggrave..... B Enfant devient févreux..... C Enfant respire rapidement D Enfant a des difficultés à respirer E Enfant a du sang dans les selles..... F Enfant boit difficilement G Autre (<i>préciser</i>) X Autre (<i>préciser</i>) Y Autre (<i>préciser</i>) Z	
IS3. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC FIEVRE EST GRAVEMENT SOUFFRANT ? <i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.	Incapable de téter ou de boire..... A Vomit tout B Convulsions..... C Léthargie ou inconscient D Pli cutané s'efface lentement ou très lentement E Yeux enfoncés..... F Fontanelle antérieure bombée..... G Sang dans les selles H Difficulté à respirer..... I Sifflement..... J Urine coca-cola..... K Fièvre avec éruption..... L Raideur de la nuque..... M Gonflement des deux pieds (œdèmes) ... N Autres (<i>préciser</i>) X Autres (<i>préciser</i>) Y Ne sait pas Z	

<p>IS4. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC DIARRHÉE EST GRAVEMENT SOUFFRANT ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p>	<p>Incapable de téter ou de boire.....A Vomit tout.....B Convulsions.....C Léthargie ou inconscient.....D Pli cutané s'efface lentement ou très lentement.....E Yeux enfoncés.....F Fontanelle antérieure bombée.....G Sang dans les sellesH Difficulté à respirer.....I Sifflement.....J Urine coca-cola.....K Fièvre avec éruption.....L Raideur de la nuque.....M Gonflement des deux pieds (œdèmes).....N Autres (<i>préciser</i>)X Autres (<i>préciser</i>)Y Ne sait pas.....Z</p>	
<p>IS5. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC TOUX EST GRAVEMENT SOUFFRANT ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p>	<p>Incapable de téter ou de boire.....A Vomit tout.....B Convulsions.....C Léthargie ou inconscient.....D Pli cutané s'efface lentement ou très lentement.....E Yeux enfoncés.....F Fontanelle antérieure bombée.....G Sang dans les sellesH Difficulté à respirer.....I Sifflement.....J Urine coca-cola.....K Fièvre avec éruption.....L Raideur de la nuque.....M Gonflement des deux pieds (œdèmes).....N Autres (<i>préciser</i>)X Autres (<i>préciser</i>)Y Ne sait pas.....Z</p>	

CONTRACEPTION	CP
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte1 Non.....2 Pas sûre ou NSP8 1 ⇒ CP2A</p>
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 1 ⇒ PCP3</p>
<p>CP2A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR ÉVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant</p>
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ? Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</p>	<p>Stérilisation féminineA Stérilisation masculine.....B DIU (dispositif intra-utérin) ou stérilet ...C InjectionsD ImplantsE Pilules.....F Préservatif masculin.....G Préservatif féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/geléeJ Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)K Abstinence périodique/rythme/ méthode du collierL Retrait.....M Autre (<i>préciser</i>)X</p>

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CPI. 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 UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ?	Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise/NSP 8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine ? <input type="checkbox"/> Oui (A est encerclé à CP3) ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non (A n'est pas encerclé à CP3) ⇒ 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/NSP 8	2 ⇒ UN9 3 ⇒ UN11 8 ⇒ UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtee.</i>	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 CPI. 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. Utilise 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 post-partum F Allaité G Trop âgée H Fataliste I Autre (préciser) X NSP Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné ? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtee.</i>	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 DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE À COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
FG3. VOUS-MÊME, ÊTES-VOUS EXCISÉE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT À CE MOMENT-LÀ. VOUS A-T-ON ENLEVÉ DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISÉE ? <i>Si l'enquêtée NSP, insister pour avoir une estimation.</i>	Âge à l'excision NSP/ne se souvient plus/pas sûre 98	
FG8. QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Autre professionnel de la santé (<i>préciser</i>) 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici.	Nombre total de filles vivantes	

FG10. JUSTE POUR ÊTRE SÛRE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT ?

☐ Oui

☐ Une fille vivante ou plus ⇒ Continuer avec FG11

☐ Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22

☐ Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui

FG11. Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses fille(s) en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Écrire le nom de chaque fille en FG12. Puis, 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 à FG9.

Si plus de 4 filles, utiliser un autre questionnaire.

	Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille #4
FG12. Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
FG13. QUEL AGE A (nom) ?	Âge..... _____	Âge..... _____	Âge..... _____	Âge..... _____
FG14. Est-ce que (nom) a moins de 15 ans ?	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.
FG15. EST-CE QUE (nom) EST EXCISEE ?	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.	Oui 1 Non..... 2 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 ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i>	Âge..... _____ NSP 98	Âge..... _____ NSP 98	Âge..... _____ NSP 98	Âge..... _____ NSP 98
FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT-LA : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 98 ⇒FG19	Oui 1 Non..... 2 NSP 98 ⇒FG19	Oui 1 Non..... 2 NSP 98 ⇒FG19	Oui 1 Non..... 2 NSP 98 ⇒FG19
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98
FG19. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i>	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98	Oui 1 Non..... 2 NSP 98
FG20. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser) ____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle 21 Accoucheuse Traditionnelle 22 Autre traditionnelle (préciser) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser) ____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle 21 Accoucheuse Traditionnelle 22 Autre traditionnelle (préciser) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser) ____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle 21 Accoucheuse Traditionnelle 22 Autre traditionnelle (préciser) 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 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 <input type="checkbox"/>				

FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue.....1 Disparaître2 Cela dépend.....3 NSP8	2 ⇒ FG24 3 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant
FG23. SELON VOUS, POUR QUELLE RAISON <u>PRINCIPALE</u> L'EXCISION DOIT ETRE MAINTENUE ?	Garde la femme fidèle.....1 Libère la femme de l'envie2 Parce que c'est la tradition.....3 Autre6	1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 3 ⇒ Module suivant 6 ⇒ Module suivant
FG24. SELON VOUS, POUR QUELLE RAISON <u>PRINCIPALE</u> L'EXCISION DOIT DISPARAITRE ?	L'excision est douloureuse.....1 Peut empêcher la femme de jouir lors des rapports sexuels2 Peut donner des infections à la femme.....3 Peut rendre stérile la femme.....4 Peut entraîner des complications lors des accouchements5 Autre (<i>préciser</i>)6	

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

DVI. 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 : [A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ? [B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ? [C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ? [D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ? [E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ? [F] SI ELLE PARLE D'UTILISER LE CONDOM POUR SE PROTEGER CONTRE LE SIDA ?	<div>Oui Non NSP</div> Sort sans le lui dire1 2 8 Néglige les enfants.....1 2 8 Se dispute avec lui.....1 2 8 Refuse les rapports sexuels..1 2 8 Brûle la nourriture.....1 2 8 Protection SIDA1 2 8	
---	--	--

MARIAGE/UNION**MA**

MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE (DOT, MARIAGES CIVIL OU RELIGIEUX) OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée1 Oui, vit avec un homme2 Non, pas en union3	3 ⇒ MA5
MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister</i> : QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années.....__ __ 95 ans ou plus95 NSP98	
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 MARIEE ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ MA7
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL ?	Nombre.....__ __ NSP98	⇒ MA7 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 homme2 Non.....3	3 ⇒ Module suivant
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve1 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	1 ⇒ MA8A 2 ⇒ MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA PREMIERE FOIS ?	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.....	

COMPORTEMENT SEXUEL

SB

Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer l'interview, assurez-vous d'être seule 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 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 Âge en années..... 1 ^{re} 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 PRESERVATIF A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/ne se souvient pas..... 8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années. Si moins d'une journée (c'est-à-dire le jour d'interview), encercler 1 et noter 00.</i>	Il y a ... jours..... 1 Il y a ... semaines..... 2 Il y a ... mois..... 3 Il y a ... ans..... 4	4 ⇒ SB15
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN PRESERVATIF A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i> <i>Si 'petit ami', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIES ? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari..... 1 Partenaire cohabitant..... 2 Petit ami..... 3 Rencontre occasionnelle..... 4 Autre (préciser)..... 6	3 ⇒ SB7 4 ⇒ SB7 6 ⇒ SB7
SB6. Vérifier MAI : <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MAI = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée/pas en union (MAI = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel..... NSP..... 98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ SB15
SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN PRESERVATIF A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	

SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i> <i>Si 'petit ami', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari.....1 Partenaire cohabitant.....2 Petit ami.....3 Rencontre occasionnelle.....4 Autre (préciser)6	3 ⇒ SB12 4 ⇒ SB12 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 mariée 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 ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel.....__ __ 95 ans ou plus95 NSP98	
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 DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires.....__ __	
SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie__ __ NSP98	

VIH/SIDA

HA

HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2 ⇒ Module suivant
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTÉ ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN PRÉSÉRATIF CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAÎSSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	

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 ALLAINTANT ?	<table> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>Au cours de la grossesse.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Oui	Non	NSP	Au cours de la grossesse.....	1	2	8	Pendant l'accouchement.....	1	2	8	En allaitant.....	1	2	8					
	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 SECRETE ?	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. Vérifier CM13 : Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13 = « non » ou blanc) ⇒ Aller à HA24 <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14																						
HA14. Vérifier MNI : A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24																						
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR : [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE ? [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA ? [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA ? VOUS A-T-ON : [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA ?	<table> <tr> <td></td> <td>O</td> <td>N</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>SIDA par la mère</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	SIDA par la mère	1	2	8	Choses à faire.....	1	2	8	Test de SIDA	1	2	8	Proposé un test.....	1	2	8	
	O	N	NSP																			
SIDA par la mère	1	2	8																			
Choses à faire.....	1	2	8																			
Test de SIDA	1	2	8																			
Proposé un 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	2 ⇒ 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. ÂPRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ HA22 2 ⇒ HA22 8 ⇒ HA22																				
HA19. Vérifier MNI7 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C) ? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller 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 ET 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 DERNIERE 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 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 3 ⇒ Module suivant
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 mois 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	

MORTALITÉ MATERNELLE

MM

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS FRERES ET SŒURS, C'EST-A-DIRE TOUS LES ENFANTS NES DE VOTRE MERE BIOLOGIQUE. INCLUEZ TOUS VOS SŒURS ET FRERES QUI VIVENT AVEC VOUS, CEUX QUI VIVENT AILLEURS ET CEUX QUI SONT DECEDES.

MM1. À COMBIEN D'ENFANTS, VOUS-MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T-ELLE DONNE NAISSANCE ?	Nombre de naissances de la mère biologique..... ____	
MM2. Vérifier MM1 <input type="checkbox"/> Deux ou plus de deux naissances ⇒ Continuer avec MM3 <input type="checkbox"/> Seulement une naissance (répondante seulement) ⇒ Aller au module suivant		
MM3. COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE PROPRE NAISSANCE ?	Nombre de naissances précédentes ____	

	[S1] La + âgée	[S2] Après la + âgée	[S3] Suivante	[S4] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRÈRE/SŒUR LE/LA PLUS ÂGÉ(E) ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (nom) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (nom) EST TOUJOURS VIVANT(E) ?	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S2]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S3]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S4]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S5]
MM7. QUEL ÂGE A (nom) ?	_____ ⇒ Aller à [S2]	_____ ⇒ Aller à [S2]	_____ ⇒ Aller à [S2]	_____ ⇒ Aller à [S2]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE (nom) EST DÉCÉDÉ(E) ?	___ _	___ _	___ _	___ _
MM9. QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ?	___ _	___ _	___ _	___ _
MM9A. Vérifier MM5 et MM9. Est-ce qu'il s'agit d'une sœur décédée avant 12 ans ou d'un frère ?	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S2] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S3] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S4] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S5] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (nom) ÉTAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DÉCÉDÉE ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM11. EST-CE QUE (nom) EST DÉCÉDÉE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM12. EST-CE QUE (nom) EST DÉCÉDÉE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
MM13. À COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (nom) A-T-ELLE DONNÉ NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	_____	_____	_____	_____
MM14.	<i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i>

	[S5] La + âgée	[S6] Après la + âgée	[S7] Suivante	[S8] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRÈRE/SŒUR LE/LA PLUS ÂGÉ(E) ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (nom) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (nom) EST TOUJOURS VIVANT(E) ?	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S6]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S7]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S8]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S9]
MM7. QUEL ÂGE A (nom) ?	_____ ⇒ Aller à [S6]	_____ ⇒ Aller à [S7]	_____ ⇒ Aller à [S8]	_____ ⇒ Aller à [S9]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE (nom) EST DÉCÉDÉ(E) ?	____ _	____ _	____ _	____ _
MM9. QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ?	____ _	____ _	____ _	____ _
MM9A. Vérifier MM5 et MM9. Est-ce qu'il s'agit d'une sœur décédée avant 12 ans ou d'un frère ?	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S6] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S7] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S8] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S9] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (nom) ÉTAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DÉCÉDÉE ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM11. EST-CE QUE (nom) EST DÉCÉDÉE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2
MM12. EST-CE QUE (nom) EST DÉCÉDÉE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2
MM13. À COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (nom) A-T-ELLE DONNÉ NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	____ _	____ _	____ _	____ _
MM14.	Si plus de frères/sœurs, module suivant	Si plus de frères/sœurs, module suivant	Si plus de frères/sœurs, module suivant	Si plus de frères/sœurs, module suivant
Cocher ici si un autre questionnaire est utilisé <input type="checkbox"/>				

CONSUMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL

TA

TA1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA6
TA2. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS ?	Jamais fumé une cigarette entière 00 Âge ____ _	00 ⇒ TA6
TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA6
TA4. AU COURS DES DERNIÈRES 24 H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉES ?	Nombre de cigarettes ____ _	

TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30	
TA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA10
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS ?	Encercler tout ce qui a été mentionné. Cigares..... A Chicha..... B Cigarillos..... C Pipe D Autre (préciser) X	
TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30	
TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA14
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ TA14
TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS ? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i>	Tabac à chiquer (mastiquer) A À priser (inhaler) B Autre (préciser) X	
TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30	
TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY OU RHUM, SODABI, UNE CALEBASSE DE TCHOUKOUTOU. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES ?	Jamais bu d'alcool 00 Âge ____	00 ⇒ Module suivant
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i> <i>Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois 00 Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30	00 ⇒ Module suivant
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses..... ____	

SATISFACTION DE LA VIE

LS

LS1. Vérifier WB2 : Âge de la répondante entre 15 et 24 ans ?☐ Âge 25 à 49 ⇒ Aller à WM11☐ Âge 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2

LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. Montrer le côté 1 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.

Très heureuse 1
 Assez heureuse..... 2
 Ni heureuse ni malheureuse..... 3
 Assez malheureuse..... 4
 Très malheureuse 5

LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. Montrer le côté 2 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE ?

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS ?

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE actuelle/2013-2014, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?

Oui 1
 Non..... 2

2 ⇒ LS7

LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE ?

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL/EMPLOI ACTUEL ?

N'a pas de travail/emploi 0
 Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTÉ ?

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?

Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?

Très satisfaite 1
 Assez satisfaite 2
 Ni satisfaite ni insatisfaite..... 3
 Assez insatisfaite..... 4
 Très insatisfaite 5

LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, encercler le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré 3	
LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3	
WM11. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... ____ : ____	
WM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15. L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquête <input type="checkbox"/> Non ⇒ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture		

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :

CARTE COTE 1

Très heureuse



Assez heureuse



Ni heureuse ni malheureuse



Assez malheureuse



Très malheureuse



CARTE COTE 2

Très satisfaite



Assez satisfaite



Ni satisfaite ni insatisfaite



Assez insatisfaite



Très insatisfaite



QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS

Bénin

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe : ____ ____ ____

UF2. Numéro de ménage : ____ ____

UF3. Nom de l'enfant :

Nom _____

UF4. Numéro de ligne de l'enfant : ____ ____

UF5. Nom de la mère/gardienne :

Nom _____

UF6. Numéro de ligne de la mère/gardienne : ____ ____

UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice :

Nom _____

UF8. Jour/mois/année de l'interview : ____ / ____ / 2014

Si la présentation au début du questionnaire ménage n'est pas déjà faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante : NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (**INSAE**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante : MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

☐ Oui, permission accordée ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview☐ Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :

Les codes font référence à la mère/gardien(ne).

Rempli..... 01
Pas à la maison..... 02
Refusé..... 03
Partiellement rempli..... 04
Incapacité..... 05
Autre (*préciser*)..... 96

UF10. Chef d'équipe (nom et code) :

Nom _____

UF12. Enregistrer l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

ÂGE

AG

AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA SANTÉ DE (*nom*).

QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE (*nom*) EST-IL/ELLE NE/E ?

Insister :

QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?

Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour.

Le mois et l'année doivent être enregistrés.

Date de naissance :

Jour..... 98

NSP jour..... 98

Mois..... 20

Année..... 20

AG2. QUEL ÂGE A (*nom*) ?

Insister : QUEL ÂGE A EU (*nom*) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?

Enregistrer l'âge en années révolues.

Si moins de 1 an, enregistrer '0'.

Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.

Âge (en années révolues).....

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES BR

BR1. (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander : PUIS-JE LE VOIR ?</i>	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 ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES DE L'ARRONDISSEMENT/MAIRIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ Module suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2	

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 BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? Si l'enquête(e) dit "oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> Jouets fabriqués 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 », inscrire « 0 ». Si « ne sait pas », inscrire '8'.	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure	
EC4. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5		
EC5. (Nom) SUI-T-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	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander :</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i> [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (<i>nom</i>) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>) ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers- sone</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/ compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers- sone	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	Nommer/ compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers- sone																																	
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																																	
Nommer/ compter	A	B	X	Y																																	
<p>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 (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				
<p>EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?</p>	<p>Oui1 Non.....2 NSP.....8</p>																																				

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE

BD

BD1. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant☐ L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2☐ L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller à IM19**BD2.** EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?

Oui 1

Non..... 2

NSP 8

2 ⇒ BD4

8 ⇒ BD4

BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?

Oui 1

Non..... 2

NSP 8

BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?

Oui 1

Non..... 2

NSP 8

BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?

Oui 1

Non..... 2

NSP 8

BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU PRIS DES VITAMINES, DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT ?

Oui 1

Non..... 2

NSP 8

BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.

EST-CE QUE (nom) A BU (nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT :

[A] DE L'EAU SIMPLE ?

De l'eau..... 1 2 8

[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE FRUITS ?

Jus ou boissons à base de fruits | 2 8

[C] DU BOUILLON OU SOUPE CLAIRE ?

Bouillon..... 1 2 8

[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?

Lait 1 2 8

Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.

Si NSP, enregistrer '8'.

Nombre de fois bu lait __

[E] UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?

Préparation pour bébé 1 2 8

Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.

Nombre de fois consommé préparation pour bébé..... __

[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ?

Autres liquides 1 2 8

Préciser

<p>BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A MANGÉ (nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :</p> <p>[A] YAOURT ? Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</p> <p>[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BEAU-BEBE, CERESO, BLEDINE, MIQUELANGE, NUTRILON, NUTRILAC, PEPITE D'OR ?</p> <p>[C] DU PAIN, RIZ, PATES, BOUILLIE DE CEREALES, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?</p> <p>[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?</p> <p>[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC, PATATES DOUCES JAUNES, TAROT OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?</p> <p>[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE ?</p> <p>[G] DES MANGUES, PAPAYES MURES ?</p> <p>[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES [BANANE, POMME, COMPOTE DE POMME, HARICOT VERT, AVOCAT, TOMATE] ?</p> <p>[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRES ABATS ?</p> <p>[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD, ESCARGOT ?</p> <p>[K] DES ŒUFS ?</p> <p>[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?</p> <p>[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU NOIX ?</p> <p>[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?</p> <p>[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNES ?</p> <p>Préciser _____</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Yaourt.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Nombre de fois a mangé/bu yaourt</td> <td colspan="3">___</td> </tr> <tr> <td>Cérélac, beau-bébé, cereso, blédine, miquelange, nutrilon, nutrilac, pépite d'or</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Aliments faits à base de grains ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Courge, carottes, citrouille, etc.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>P. de terres, ignames, manioc, etc.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Légumes à feuilles vert foncé..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Mangues/papayes mûres</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Autres fruits et légumes.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Foie, rognons, cœur ou autres abats</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Œufs.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Poisson frais ou séché</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Aliments à base de haricots, pois, etc.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Fromage ou autres produits laitiers</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Autres aliments solides, semi-solides ou mous</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Yaourt.....	1	2	8	Nombre de fois a mangé/bu yaourt	___			Cérélac, beau-bébé, cereso, blédine, miquelange, nutrilon, nutrilac, pépite d'or	1	2	8	Aliments faits à base de grains ?	1	2	8	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8	P. de terres, ignames, manioc, etc.....	1	2	8	Légumes à feuilles vert foncé..	1	2	8	Mangues/papayes mûres	1	2	8	Autres fruits et légumes.....	1	2	8	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.....	1	2	8	Œufs.....	1	2	8	Poisson frais ou séché	1	2	8	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8	Autres aliments solides, semi-solides ou mous	1	2	8	
	O	N	NSP																																																																			
Yaourt.....	1	2	8																																																																			
Nombre de fois a mangé/bu yaourt	___																																																																					
Cérélac, beau-bébé, cereso, blédine, miquelange, nutrilon, nutrilac, pépite d'or	1	2	8																																																																			
Aliments faits à base de grains ?	1	2	8																																																																			
Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8																																																																			
P. de terres, ignames, manioc, etc.....	1	2	8																																																																			
Légumes à feuilles vert foncé..	1	2	8																																																																			
Mangues/papayes mûres	1	2	8																																																																			
Autres fruits et légumes.....	1	2	8																																																																			
Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8																																																																			
Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.....	1	2	8																																																																			
Œufs.....	1	2	8																																																																			
Poisson frais ou séché	1	2	8																																																																			
Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8																																																																			
Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8																																																																			
Autres aliments solides, semi-solides ou mous	1	2	8																																																																			
<p>BD9. Vérifier BD8 (catégories "A" jusqu'à "O") :</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins un "oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11</p> <p><input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10</p>																																																																						
<p>BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇒ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11</p>																																																																						
<p>BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</p> <p>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</p>	<p>Nombre de fois.....</p> <p>NSP</p>	<p>8</p>																																																																				

VACCINATIONS

IM

Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE 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 DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui 1 Non..... 2	1 ⇒ IM6 2 ⇒ IM6
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne "jour" si la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		Date de la vaccination	
		Jour	Mois
		Année	
BCG	BCG		
POLIO A LA NAISSANCE	OPV0		
POLIO 1	OPV1		
POLIO 2	OPV2		
POLIO 3	OPV3		
PENTA 1	PENTA 1		
PENTA 2	PENTA 2		
PENTA 3	PENTA 3		
PCV 13 1	PCV13 1		
PCV 13 2	PCV13 2		
PCV 13 3	PCV13 3		
ROUGEOLE (VAR OU ROUVAX)	VAR OU ROUVAX		
FIÈVRE JAUNE (VAA)	VAA		
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5			
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19 <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19			
IM6. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?		Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ IM19 8 ⇒ IM19
IM7. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?		Oui 1 Non..... 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?		Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ IM11A 8 ⇒ IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?		Oui 1 Non..... 2 NSP 8	

IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__																									
IM11A. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE LA DIPHTERIE, L'HEPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZAE DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin du PENTA est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ IM13A 8 ⇒ IM13A																								
IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTA A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ NSP..... 98																									
IM13A. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN VACCIN COMBINE A PNEUMOCOQUE – UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin COMBINE A PNEUMOCOQUE est parfois donné en même temps que les vaccins de la POLIO et du PENTA.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ IM16 8 ⇒ IM16																								
IM14A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN COMBINE A PNEUMOCOQUE A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois.....__ NSP..... 8																									
IM16. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR OU ROUVAX), C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS 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 FIEVRE JAUNE (VAA) - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8																									
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATIONS SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES : [A] 25 AU 27 AVRIL 2014/JNV, POLIO [B] 22 AU 24 NOVEMBRE 2013/JNV, POLIO [C] 25 AU 27 OCTOBRE 2013/JNV, POLIO [D] 24 AU 26 MAI 2013/JNV, POLIO [E] 26 AU 28 AVRIL 2013/JNV, POLIO	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JNV, AVRIL 2014</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, NOVEMBRE 2013.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, OCTOBRE 2013.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, MAI 2013.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JNV, AVRIL 2013</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	JNV, AVRIL 2014	1	2	8	JNV, NOVEMBRE 2013.....	1	2	8	JNV, OCTOBRE 2013.....	1	2	8	JNV, MAI 2013.....	1	2	8	JNV, AVRIL 2013	1	2	8	
	O	N	NSP																							
JNV, AVRIL 2014	1	2	8																							
JNV, NOVEMBRE 2013.....	1	2	8																							
JNV, OCTOBRE 2013.....	1	2	8																							
JNV, MAI 2013.....	1	2	8																							
JNV, AVRIL 2013	1	2	8																							
IM20. QUELLE EST LA DATE DU JOUR OU (NOM) A EU LA DOSE DE VITAMINE A LA PLUS RECENTE ? <i>Écrire '44' pour "jour" si un document montre que la vitamine A a été donnée mais ne mentionne aucune date. Écrire '66' pour "jour" si la répondante se souvient que la vitamine A a été donnée mais ne se rappelle pas la date. Écrire '98' pour jour si la répondante ne sait pas si la vitamine A a été donnée.</i>	Jour..... __ __ Mois..... __ __ Année..... 2 0 __ __																									
IM21. VERIFIER IM20. EST-CE QUE JOUR EST 44 OU 66 ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à IM22																										
IM22. COMMENT L'INFORMATION A IM20 A-T-ELLE ETE OBTENUE ?	Carnet de vaccination/autre document... 1 Déclaration de la gardienne..... 2																									

TRAITEMENT DES MALADIES

CA

CA1. EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A
--	--	----------------------

<p>CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES (<i>nom</i>) A BU DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité..... 3 Plus..... 4 N'a rien bu..... 5 NSP 8</p>	
<p>CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE MANGE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins..... 2 Environ la même quantité..... 3 Plus..... 4 A stoppé nourriture..... 5 On ne lui a jamais donné à manger 6 NSP 8</p>	
<p>CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA4 8 ⇒ CA4</p>
<p>CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne PAS suggérer de réponse. Insister pour identifier chaque type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p>	<p>Secteur public Hôpital du gouvernement..... A Centre de santé du gouvernement B Agent de santé communautaire..... D Clinique mobile/communautaire E Clinique de planning familial (PF)..... F Centre social G Autre médical public (<i>préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé..... J Pharmacie privée K Clinique mobile L Hôpital confessionnel M Autre médical prive (<i>préciser</i>) O Autre source Parent(e)/ami(e) P Boutique Q Praticien traditionnel..... R Marché S Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE ORASEL OU SRO CELIA ? [B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Sachet ORASEL I 2 8</p> <p>Liquide SRO pré-conditionné I 2 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO <input type="checkbox"/> L'enfant a eu SRO ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu SRO ⇒ Aller à CA4C</p>		

<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LA SRO ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Hôpital confessionnel 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source Parent(e)/ami(e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33 Marché 34 En avait déjà à la maison 40 Autre (<i>préciser</i>) 96</p>													
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ : [A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ? [B] DU SIROP DE ZINC ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Comprimés de zinc</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Sirop de zinc.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Comprimés de zinc	1	2	8	Sirop de zinc.....	1	2	8	
	O	N	NSP											
Comprimés de zinc	1	2	8											
Sirop de zinc.....	1	2	8											
<p>CA4D. Vérifier CA4C : A eu du zinc ? <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('1' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>														
<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ? Insister pour identifier le type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>----- (Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Hôpital confessionnel 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source Parent(e)/ami(e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33 Marché 34 En avait déjà à la maison 40 Autre (<i>préciser</i>) 96</p>													
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT CONTRE LA DIARRHÉE (TRO : UN MÉLANGE D'EAU, DE SUCRE, DE SEL ET SI POSSIBLE DE CITRON) ?</p>	<p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p>													
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A</p>												

CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? <i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i> <hr/> (Nom des médicaments)	Comprimé ou sirop Antibiotique..... A Antimotilité..... B Autre (pas antibiotique, antimotilité).... G Comprimé ou sirop inconnu..... H Injection Antibiotique..... L Non-antibiotique M Injection inconnue..... N Intraveineuse O Remède maison/herbes médicinales.... Q Autre (<i>préciser</i>) X	
CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA7 8 ⇒ CA7
CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA FIEVRE, 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	
CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA9A 8 ⇒ CA9A
CA8. QUAND (nom) ETAIT 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 DIFFICULTES POUR RESPIRER ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
CA9. LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement..... 1 Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2 Les deux 3 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	1 ⇒ CA10 2 ⇒ CA10 3 ⇒ CA10 6 ⇒ CA10 8 ⇒ CA10
CA9A. Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ? <input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10 <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14		
CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA FIEVRE/TOUX QUELQUE PART ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA12 8 ⇒ CA12
CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse. Insister pour identifier chaque type d'endroit. Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit. <hr/> (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital du gouvernement..... A Centre de santé du gouvernement B Agent de santé communautaire..... D Clinique mobile/communautaire E Clinique de planning familial (PF)..... F Centre social G Autre médical public (<i>préciser</i>) H Secteur médical privé Hôpital/clinique privé I Médecin privé..... J Pharmacie privée K Clinique mobile L Hôpital confessionnel M Autre médical privé (<i>préciser</i>) O Autre source Parent(e)/ami(e) P Boutique Q Praticien traditionnel..... R Marché S Autre (<i>préciser</i>) X	
CA12. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14

CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom)? <i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.	Anti-paludéens : SP/Fansidar..... A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec artémisinine..... E Autre anti-paludéen (<i>préciser</i>) H Antibiotiques : Comprimés/sirop I Injection J Autres médicaments : Paracétamol/panadol/acétaminophène P Aspirine..... Q Ibuprofen R Donné plantes médicinales..... U Autre (<i>préciser</i>) X NSP Z	
(Nom des médicaments)		
CA13A. Vérifier CA13 : antibiotique mentionné (code I ou J) ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13B <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA13C		
CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13) ? <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i> Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.	Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Hôpital confessionnel 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent(e)/ami(e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33 Marché 34 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>) 96	
(Nom de l'endroit)		
CA13C. Vérifier CA13 : antipaludéens mentionnés (codes A à H) ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14		
CA13D. OU AVEZ-VOUS EU (nom du médicament de CA13) ? <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i> Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.	Secteur public Hôpital du gouvernement..... 11 Centre de santé du gouvernement 12 Agent de santé communautaire..... 14 Clinique mobile/communautaire 15 Clinique de planning familial (PF)..... 17 Centre social 18 Autre médical public (<i>préciser</i>) 16 Secteur médical privé Hôpital/clinique privé 21 Médecin privé..... 22 Pharmacie privée 23 Clinique mobile 24 Hôpital confessionnel 25 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26 Autre source Parent(e)/ami(e) 31 Boutique 32 Praticien traditionnel 33 Marché 34 En avait déjà à la maison..... 40 Autre (<i>préciser</i>) 96	
(Nom de l'endroit)		
CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13) ? <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i>	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	

CA14. Vérifier AG2 : Âge de l'enfant : <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15 <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13		
CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?	Enfant a utilisé toilettes/latrines 01 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 (préciser) 96 NSP 98	
UF13. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ..	

UF14. VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, COLONNES HL7B ET HL15
 EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?

☐ Oui ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard.
 Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant(e)

☐ Non ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage

Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.

ANTHROPOMÉTRIE

AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.
 Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Nom et code du mesureur :	Nom	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids :	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 Enfant ou gardienne a refusé 3 Autre (préciser) 6	2 ⇒ AN6 3 ⇒ AN6 6 ⇒ AN6
AN3. Poids de l'enfant :	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?	Oui 1 Non 2	
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2 : <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché) <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout)		
AN4. Grandeur ou taille de l'enfant :	Grandeur/taille (cm) Grandeur/taille pas mesurée 999.9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1 Debout 2	
AN5. Présence d'œdème :	Oui 1 Non 2	
AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage		

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du mesureur

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

Bénin

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME

MWM

Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 49 ans (voir colonne HL7A de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque homme éligible.

MWM1. Numéro de grappe : ____ ____ ____	MWM2. Numéro de ménage : ____ ____
MWM3. Nom de l'homme : Nom _____	MWM4. Numéro de ligne de l'homme : ____ ____
MWM7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	MWM6. Jour/mois/année de l'interview : __ / __ / 2014

Si la présentation au début du questionnaire ménage n'est pas déjà faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante :
NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante :

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 35 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ Oui, permission accordée ⇒ Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien
☐ Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe

MWM7. Résultat de l'enquête Homme	Rempli.....01 Pas à la maison02 Refus03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité 05 Autre (préciser)96
--	--

MWM8. Nom et numéro du chef d'équipe	Nom _____
---	-----------

MWM10. Enregistrer l'heure	Heure et minutes..... : ____
-----------------------------------	------------------------------

CARACTÉRISTIQUES DE L'HOMME

MWB

MWB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉ ?	Date de naissance Mois NSP mois 98 Année NSP année 9998	
MWB2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ? <i>Insistez : QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparez et corrigez MWB1 et/ou MWB2 si incohérentes.</i>	Âge (en années révolues)	
MWB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MWB7
MWB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDE QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternel 0 Primaire 1 Secondaire 1 2 Secondaire 2 3 Supérieur 4	0 ⇒ MWB7

MWB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1re année/classe du niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe		
MWB6. Vérifier MWB4 : <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ <i>Aller MWB8</i> <input type="checkbox"/> Primaire (MWB4 = 1) ⇒ <i>Continuer avec MWB7</i>			
MWB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêté.</i> <i>Si l'enquêté ne peut pas lire une phrase entière, insister : POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?</i>	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'enquête.....4 <p style="text-align: center;">(préciser langue)</p> Aveugle/problème de vue.....5		
MWB8. QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Vodoun.....11 Autres traditionnelles.....12 Islam.....21 Catholique.....31 Protestant méthodiste.....32 Autres protestants.....33 Céleste.....34 Autres chrétiens.....35 Pas de religion.....51 Autre religion (préciser).....96		
MWB9. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, APPARTENEZ-VOUS ?	Adja et apparentes.....01 Bariba et apparentes.....02 Dendi et apparentes.....03 Fon et apparentes.....04 Yoa & Lokpa apparentes.....05 Betamaribe et apparentés.....06 Peulh et apparentes.....07 Yoruba et apparente.....08 Pays limitrophes.....09 Autres pays.....10 Autre (préciser).....96		
MWB10. QUELLE EST VOTRE SITUATION DANS L'EMPLOI QUE VOUS EXERCEZ ACTUELLEMENT ?	À la recherche du 1 ^{er} emploi.....11 Chômeur.....12 Apprenti/élève/étudiant.....13 Retraité.....14 Autre inactif.....15 Employeur.....21 Indépendant.....22 Salarié permanent.....23 Salarié temporaire.....24 Membre d'une coopérative.....25 Aide familial.....26 Autre (préciser).....96		11 ⇒ MMTI 12 ⇒ MMTI 13 ⇒ MMTI 14 ⇒ MMTI 15 ⇒ MMTI 96 ⇒ MMTI
MWB11. QUE FAIT PRINCIPALEMENT L'ENTREPRISE DANS LAQUELLE VOUS TRAVAILLEZ ?	Agriculture, élevage, pêche et forêt.....01 Industrie.....02 Eau, électricité, gaz.....03 BTP.....04 Commerce et restauration.....05 Transports et communications.....06 Banques et assurances.....07 Artisanat.....08 Autres services (préciser).....96		

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION

MMT

MMTI. Vérifier MWB7 :

- ☐ Question laissée vide (le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) \Rightarrow Continuer avec MMT2
- ☐ Est capable de lire ou pas une phrase dans une des langues demandées (MBW7 = 2,3 ou 4) \Rightarrow Continuer avec MMT2
- ☐ Ne peut pas lire du tout ou aveugle (MBW7 = 1 ou 5) \Rightarrow Passer à MMT3

MMT2. À QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT3. VOUS ECOUTEZ LA RADIO : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT4. À QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION : DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT5. Vérifier MWB2 : Âge du répondant ? <input type="checkbox"/> Âge 15-24 ⇒ Continuer avec MMT6 <input type="checkbox"/> Âge 25-49 ⇒ Aller au module suivant		
MMT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?	Oui 1 Non..... 2	2 ⇒ MMT9
MMT7. AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non..... 2	2 ⇒ MMT9
MMT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ?	Oui 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
MMT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET ? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quel que soit le lieu et avec n'importe quel appareil.</i>	Oui 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
MMT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

FÉCONDITÉ

MCM

Toutes les questions portent sur les naissances VIVANTES

MCM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. JE SUIS INTERESSE PAR TOUS LES ENFANTS QUI SONT LES VOTRES BIOLOGIQUEMENT, MEME SI LEGALEMENT CE NE SONT PAS LES VOTRES OU S'ILS NE PORTENT PAS VOTRE NOM. AVEZ-VOUS DEJA EU DES ENFANTS ?	Oui 1 Non..... 2 NSP 8	2 ⇒ MCM8
MCM3. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?	Âge à la première naissance en années révolues __ __	
MCM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui 1 Non..... 2	2 ⇒ MCM6
MCM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison __ __ Filles à la maison __ __	

MCM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MCM8
MCM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs Filles ailleurs	
MCM8. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "non", insister et demander :</i> 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 ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MCM10
MCM9. COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?	Fils décédés Filles décédées	
MCM10. <i>Faire la somme des réponses à MCM5, MCM7 et MCM9.</i>	Somme	
MCM11. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total de MCM10) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuer avec MCM11A <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions MCM1-MCM10 et faire les corrections si nécessaire		
MCM11A. EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE ONT LA MEME MERE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MCM12
MCM11B. AU TOTAL, AVEC COMBIEN DE FEMMES AVEZ-VOUS EU DES ENFANTS ?	Nombre de femmes	
MCM12. QUAND EST-CE QU'EST NE LE DERNIER ENFANT DES (nombre total à MCM10) ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE (MEME S'IL OU ELLE EST DECEDE(E)) ?	Le mois et l'année doivent être enregistrés. Date de la dernière naissance Mois Année	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

MDV

MDVI. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. À 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	Oui Non 2
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants..... 1	2
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute avec lui..... 1	2
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels..... 1	2
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture..... 1	2
[F] SI ELLE PARLE D'UTILISER LE CONDOM POUR SE PROTEGER CONTRE LE SIDA ?	Protection SIDA 1	2

MARIAGE/UNION

MMA

MMAI. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE (DOT, MARIAGES CIVIL OU RELIGIEUX) 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
---	---	----------

MMA3. AVEZ-VOUS D'AUTRES EPOUSES OU VIVEZ-VOUS AVEC D'AUTRES FEMMES COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui (plus d'une femme) 1 Non (seulement une femme) 2	2 ⇒ MMA7
MMA4. COMBIEN D'AUTRES EPOUSES/FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ETIEZ MARIE AVEZ-VOUS ?	Nombre.....	⇒ MMA8B
MMA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, a été marié..... 1 Oui, a vécu avec une femme..... 2 Non..... 3	3 ⇒ Module suivant
MMA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPARÉ ?	Veuf..... 1 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 fois..... 1 Plus d'une fois..... 2	2 ⇒ MMA8B
MMA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? MMA8B. 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 COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Date du premier mariage Mois NSP mois..... 98 Année NSP année..... 9998	⇒ Module suivant
MMA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE (PREMIERE) EPOUSE/PARTENAIRE ?	Âge en années.....	

COMPORTEMENT SEXUEL**MSB**

Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer l'interview, assurez-vous d'être seul 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 sexuels 00 Âge en années..... 1 ^{re} fois en commençant à vivre avec (1 ^{re}) femme/partenaire 95	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 ? <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours 1 Il y a ... semaines 2 Il y a ... mois 3 Il y a ... ans 4	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 ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel. Si 'petite amie', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Épouse/femme 1 Partenaire cohabitante..... 2 Petite amie..... 3 Rencontre occasionnelle..... 4 Prostituée..... 5 Autre (préciser) 6	
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 ?	Oui 1 Non 2	
MSB10. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i> <i>Si 'petite amie', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Épouse/femme 1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Prostituée 5 Autre (<i>préciser</i>) 6	
MSB13. 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 ⇒ 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 ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie __ __ NSP 98	

VIH/SIDA

MHA

MHA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui 1 Non.....2	2 ⇒ Module suivant																
MHA2. 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 NSP8																	
MHA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 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 ?	Oui 1 Non.....2 NSP8																	
MHA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non.....2 NSP8																	
MHA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non.....2 NSP8																	
MHA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 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 ?	<table><tr><td></td><td>O</td><td>N</td><td>NSP</td></tr><tr><td>Au cours de la grossesse.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>Pendant l'accouchement.....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>En allaitant</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>		O	N	NSP	Au cours de la grossesse.....	1	2	8	Pendant l'accouchement.....	1	2	8	En allaitant	1	2	8	
	O	N	NSP															
Au cours de la grossesse.....	1	2	8															
Pendant l'accouchement.....	1	2	8															
En allaitant	1	2	8															
MHA9. 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 sûr/ça dépend.....8																	

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 ?	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr/ça dépend 8	
MHA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRETE OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr/ça dépend 8	
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 ?	Oui 1 Non 2 NSP/pas sûr/ça dépend 8	
MHA24. 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 ⇒ MHA27
MHA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST 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	
MHA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant
MHA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	

CIRCONCISION		MMC
MMCI. CERTAINS HOMMES SONT CIRCONCIS, C'EST-A-DIRE QUE LEUR PREPUCE A ETE COMPLETEMENT ENLEVE DE LA VERGE. EST-CE QUE VOUS ETES CIRCONCIS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MMC2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ ETE CIRCONCIS ?	Âge en années révolues ____ NSP 98	
MMC3. QUI VOUS A CIRCONCIS ?	Praticien traditionnel/famille/ami 1 Agent de santé/professionnel santé 2 Autre (préciser) 6 NSP 8	
MMC4. OU EST-CE QUE CELA A ETE FAIT ?	Structure de santé 1 Domicile agent de santé/professionnel 2 Circoncision faite à la maison 3 Site rituel 4 Autre (préciser) 6 NSP 8	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
MTA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA6
MTA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS ?	Jamais fumé une cigarette entière 00 Âge ____	00 ⇒ MTA6
MTA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA6
MTA4. AU COURS DES DERNIERES 24 H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMEEES ?	Nombre de cigarettes ____	

MTA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/presque chaque jour 30	
MTA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA10
MTA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA10
MTA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS ? Encercler tout ce qui a été mentionné.	Cigares..... A Chicha..... B Cigarillos..... C Pipe D Autre (à préciser) X	
MTA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/presque chaque jour 30	
MTA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA14
MTA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MTA14
MTA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Tabac à chiquer A À priser..... B Autre (à spécifier) X	
MTA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/presque chaque jour 30	
MTA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MTA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM, SODABI, UNE CALEBASSE DE TCHOUKOUTOU. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES ?	Jamais bu d'alcool 00 Âge ____	00 ⇒ Module suivant
MTA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i> <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois 00 Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/presque chaque jour 30	00 ⇒ Module suivant
MTA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses..... ____	

SATISFACTION DE LA VIE

MLS

MLS1. Vérifier WMB2 : Âge du répondant entre 15 et 24 ?☐ Âge 25- 49 ⇒ Aller à MWM11☐ Âge 15-à 24 ⇒ Continuer avec MLS2

MLS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRES MALHEUREUX ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. Montrer le côté 1 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête.

Très heureux 1
 Assez heureux 2
 Ni heureux ni malheureux 3
 Assez malheureux 4
 Très malheureux 5

MLS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAIT, ASSEZ SATISFAIT, NI SATISFAIT NI INSATISFAIT, ASSEZ INSATISFAIT OU TRES INSATISFAIT. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. Montrer le côté 2 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête pour les questions MLS3 à MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE ?

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS ?

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE (actuelle/2013-2014), ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?

Oui 1
 Non 2

2 ⇒ MLS7

MLS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE ?

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL/EMPLOI ACTUEL ?

N'a pas de travail/emploi 0
 Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?

Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS, AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?

Très satisfait 1
 Assez satisfait 2
 Ni satisfait ni insatisfait 3
 Assez insatisfait 4
 Très insatisfait 5

MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfait 1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait.....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfait 1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait.....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêté répond qu'il n'a pas de revenu, encrer le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment il se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'il ne le dise de lui-même.</i>	N'a pas de revenu.....0 Très satisfait 1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait.....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée 1 Plus ou moins la même2 Empiré3	
MLS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?	Meilleure..... 1 Plus ou moins la même2 Pire.....3	

MWM11. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ..	
------------------------------------	----------------------------	--

MWM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.
Est-ce que le répondant est le gardien d'un enfant de 0-4 ans qui vit dans ce ménage ?
☐ Oui ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquêté
☐ Non ⇒ Terminer l'interview avec cet enquêté en le remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture

Observations de l'enquêteur

Observations de la contrôleur

Observations du chef d'équipe

CARTE-REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE :**CARTE COTE 1**Très
heureuxAssez
heureuxNi heureuse
ni malheureuxAssez
malheureuxTrès
malheureux**CARTE COTE 2**Très
satisfaitAssez
satisfaitNi satisfaite
ni insatisfaitAssez
insatisfaitTrès
insatisfait

Crédits

Edition, mise en page & impression: Julie Pudlowski Consulting

Photographie: UNICEF/ Pudlowski

© UNICEF Bénin/ 2016



BÉNIN

BÉNIN

BÉNIN
Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS)
2014



Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique



Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
Avenue CEN-SAD, 01 BP 2289
Tél: +229 21 30 02 66
Facsimile: +229 21 30 06 97
e-mail: cotonou@unicef.org