

Côte d'Ivoire, 2016   
**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**



**Ce questionnaire est strictement confidentiel.**

PANNEAU D'INFORMATIONS 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: _____/_____/ <b>2016</b>	HH7. RÉGION : Centre.....01 Centre-Est.....02 Centre-Nord.....03 Centre-Ouest.....04 Nord.....05 Nord-Est.....06 Nord-Ouest.....07 Ouest.....08 Sud sans Ville d'Abidjan.....09 Sud-Ouest.....10 Ville d'Abidjan.....11	
HH6. MILIEU DE RÉSIDENCE DE RÉSIDENCE:  Urbain .....1  Rural .....2		
HH8. Ménage est sélectionné pour enquête Homme? Oui.....1 Non.....2	HH8A. Ménage est sélectionné pour Test de l'Eau de boisson? Oui.....1 Non.....2	
<p><b>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS MENONS UNE ÉTUDE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MÉNAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler 04 à HH9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
<p>HH9. Résultat de l'enquête ménage:</p> <p>Entièrement rempli.....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</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....96</p>		

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

HH10. Répondant au questionnaire Ménage:  
Nom \_\_\_\_\_ Num. Ligne: \_\_\_\_\_

HH11. Nbre Total membres du ménage: \_\_\_\_\_

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 questionnaires Femme complétés: \_\_\_\_\_

*Si ménage sélectionné pour enquête homme:*  
 HH13B. Nbre question.Homme complétés: \_\_\_\_\_

HH15. Nbre de questionnaires moins de 5 ans complétés: \_\_\_\_\_





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	04 Gendre/Belle-fille	08 Frère / Sœur	11 Nièce / Neveu	14 Domestique (Si vit dans le ménage)
	02 Femme/Mari	05 Petit-fils/Petite -fille	09 Beau-frère / Belle-sœur	12 Autre parent	96 Autre- (Sans lien de parenté)
	03 Fils/Fille	06 Mère /Père	10 Oncle / Tante	13 Enfant adopté/ confié/enfant du conjoint	98 NSP

ÉDUCATION		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 Prénom et Age A copier de HL2 et HL6	ED3. (Prénom) EST-IL/ELLE DÉJÀ ALLÉ(E) À L'ÉCOLE OU AU PRÉSCOLAIRE ?	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE (Prénom) A ATTEINT?	ED4B. QUELLE EST LA DERNIÈRE CLASSE QUE (Prénom) A ACHEVÉE À CE NIVEAU?	ED5. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE EN COURS, C-A-D (Prénom) EST-IL/ELLE ALLÉ À N'IMPORTE QUEL MOMENT À L'ÉCOLE /AU PRÉSCOLAIRE	ED6. DURANT CETTE ANNÉE SCOLAIRE, À QUEL NIVEAU ET CLASSE (Prénom) EST/ÉTAIT-IL/ELLE?	ED7. AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE, (Prénom) EST-IL/ELLE ALLÉ (E) À N'IMPORTE QUEL MOMENT À L'ÉCOLE /AU PRÉSCOLAIRE?	ED8. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE, À QUELS NIVEAU ET CLASSE (Prénom) ÉTAIT-IL/ELLE?								
Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Classe	Oui	Non	Classe	Oui	Non	Classe	Niveau	Niveau	Classe		
01		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
02		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
03		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
04		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
05		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
06		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
07		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
08		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
09		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
10		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
11		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
12		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
13		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
14		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	8
15		___	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	8	0	1	2	3	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 HL1	SL5. Nom et Prénom de HL2	SL6. Sexe de HL4		SL7. Age 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 \_\_\_\_\_

Age ..... — —

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
<b>CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9 :</b> <input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2		
<b>CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MÉNAGE PEUVENT FAIRE.</b>  DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ( <i>prénom</i> ) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES, MÊME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT?  [A] EST-CE QUE ( <i>prénom</i> ) A TRAVAILLÉ SUR SON PROPRE TERRAIN/FERME/ POTAGER OU AIDÉ SUR CELUI DU MÉNAGE OU S'EST OCCUPÉ DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RÉCOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMMENER AU PÂTURAGE OU LES TRAIRE?  [B] EST-CE QUE ( <i>prénom</i> ) A AIDÉ DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLÉ DANS SA PROPRE ENTREPRISE ?  [C] EST-CE QUE ( <i>prénom</i> ) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VÊTEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ?  [D] DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ( <i>prénom</i> ) A-T-IL/ELLE ÉTÉ ENGAGÉ (E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITÉ EN ÉCHANGE DE PAIEMENT EN ESPÈCES OU EN NATURE, MÊME POUR UNE SEULE HEURE? <i>Si "Non", Insister :</i> <b>SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITÉ QUE (<i>prénom</i>) A PU FAIRE COMME EMPLOYÉ RÉGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYÉ POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MÉNAGE OU À LA FERME.</b>	O N  A travaillé sur son terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux ..... 1 2  A aidé dans l'entreprise familiale /d'un autre parent/dans sa propre affaire ..... 1 2  A produit/vendu des articles/de l'artisanat/ des vêtements/nourriture ou des produits agricoles ..... 1 2  Toute autre activité ..... 1 2	
<b>CL3. Vérifier CL2, A à D</b> <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4  <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8		
<b>CL4. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, A PEU PRÈS COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A TRAVAILLÉ SUR CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS ?</b>  <i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i>	Nombre d'heures..... __ __	
<b>CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS NÉCESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES.?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>CL6. EST-CE QUE CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS NÉCESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (TELS QUE LA MACHETTE, LA HACHE, LE COUTEAU, LES INSECTICIDES, LES ENGRAIS, ETC.) OU DE FAIRE FONCTIONNER DES GROSSES MACHINES ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	

<p><b>CL7. COMMENT DÉCRIREZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (<i>prénom</i>)?</b></p> <p>[A] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ À LA POUSSIÈRE/FUMÉES OU GAZ ?</p> <p>[B] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ AU FROID, À LA CHALEUR OU A DE L'HUMIDITÉ EXTRÊME ?</p> <p>[C] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ À DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS?</p> <p>[D] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ À UN TRAVAIL EN HAUTEUR ?</p> <p>[E] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ À DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU À DES EXPLOSIFS?</p> <p>[F] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) EST EXPOSÉ À D'AUTRES CHOSSES, PROCÉDÉS OU CONDITIONS MAUVAISES POUR SA SANTÉ OU SA SÉCURITÉ ?</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>Exposé à la poussière/fumées ou gaz ... 1 2</p> <p>Exposé au froid, à la chaleur ou à de l'humidité extrême ..... 1 2</p> <p>Exposé à des bruits intenses ou des vibrations ..... 1 2</p> <p>Exposé à un travail en hauteur ..... 1 2</p> <p>Exposé à des produits chimiques (pesticides, colles, etc.) ou à des explosifs ..... 1 2</p> <p>Exposé à d'autres choses, procédés ou conditions mauvaises pour sa santé ou sa sécurité ..... 1 2</p>	
<p><b>CL7A. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER (<i>prénom</i>) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MÊME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT?</b></p> <p>[A] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A ABATTU DES ARBRES, BRÛLÉ DES CHAMPS, PRODUIT DU CHARBON DE BOIS, FAIT LA CHASSE OU FAIT LA CULTURE ATTELÉE ?</p> <p>[B] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A VENDU, FAIT LE TRANSPORT, MANIPULÉ OU ÉPANDU DES PRODUITS AGRO-PHARMACEUTIQUES (INSECTICIDE, HERBICIDE, FONGICIDE, NÉMATOCIDE, ENGRAIS CHIMIQUES, ETC.)?</p> <p>[C] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA RÉCOLTE TRADITIONNELLE DE MIEL, LES ACTIVITÉS DES ENFANTS BOUVIERS, LES OPÉRATIONS D'ABATTAGE DES ANIMAUX?</p> <p>[D] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA PÊCHE EN MER, SUR LA LAGUNE OU SUR LES FLEUVES, OU LA PLONGÉE EN EAU PROFONDE ?</p> <p>[E] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LE GARDIENNAGE, LA MENDICITÉ, LE TRAVAIL DANS LES DÉBITS DE BOISSON (BOITES DE NUIT, BARS, MAQUIS, RESTAURANTS, ETC.) ?</p> <p>[F] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA FORATION ET LES TIRS DE MINE, LE TRANSPORT DES FRAGMENTS OU DES BLOCS DE PIERRE, LE CONCASSAGE, L'EXTRACTION DE MINÉRAI À L'AIDE DE PRODUITS CHIMIQUES TELS QUE LE CYANURE DE SODIUM, L'ACIDE SULFURIQUE, LE DIOXYDE DE SOUFRE ?</p> <p>[G] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA VENTE DE SUPPORT À CARACTÈRE PORNOGRAPHIQUE, LA PROSTITUTION OU LE PROXÉNÉTISME ?</p> <p>[H] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A RÉCUPÉRÉ DES OBJET DANS LES DÉCHARGES PUBLIQUES, FAIT LA VIDANGE, LA PRÉ-COLLECTE OU LA COLLECTE D'ORDURES MÉNAGÈRES ?</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>Travaux agricoles dangereux ..... 1 2</p> <p>Vente, transport ou manipulation de produits chimiques agricoles ..... 1 2</p> <p>Travaux d'élevage dangereux ..... 1 2</p> <p>Travaux de pêche dangereux ..... 1 2</p> <p>Travaux dangereux dans le secteur urbain domestique ..... 1 2</p> <p>Travaux dangereux dans les mines ..... 1 2</p> <p>Travaux liés à la pornographie ..... 1 2</p> <p>Manipulation de déchets publics ou d'ordures ménagères ..... 1 2</p> <p>Réparation, nettoyage ou graissage de machine ..... 1 2</p>	

<p>[ I ] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A RÉPARÉ, NETTOYÉ, FAIT LE GRAISSAGE, LA VIDANGE DE MACHINE OU LA DESCENTE DE MOTEUR ?</p> <p>[J] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA FABRICATION OU LA RÉPARATION D'ARMES À FEU, LA FABRICATION ET LA MANIPULATION D'EXPLOSIFS ?</p> <p>[K] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT LA FERRONNERIE, LA CHAUDRONNERIE, LA SAVONNERIE, L'IMPRIMERIE, LA MANIPULATION DES HYDROCARBURES, ETC. ?</p> <p>[L] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT L' « APPRENTI » DE MINI CARS « GBAKA », LE CHARGEMENT DE BAGAGES LOURDS DANS LES VÉHICULES DE TRANSPORT, LES ACTIVITÉS DE PORTEFAIX DANS LE TRANSPORT ET LES MARCHÉS, ETC. ?</p> <p>[M] EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT UNE ACTIVITÉ QUELCONQUE DANS LE BÂTIMENT OU LES TRAVAUX PUBLICS ?</p>	<p>Fabrication d'armes à feu ou d'explosifs 1 2</p> <p>Travaux dangereux dans l'artisanat ..... 1 2</p> <p>Travaux dangereux dans le transport..... 1 2</p> <p>Travaux dans le bâtiment ..... 1 2</p>	
<p><b>CL8.</b> DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>prénom</i>) EST-IL /ELLE ALLÉ CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MÉNAGE ?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p>	<p>2⇒ CL1 0</p>
<p><b>CL9.</b> AU TOTAL, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (<i>prénom</i>) A-T-IL/ELLE PASSÉ À CHERCHER DE L'EAU OU À RAMASSER DU BOIS POUR LE MÉNAGE ?</p> <p><i>Si moins d'une heure, enregistrer "00"</i></p>	<p>Nombre d'heures..... _ _</p>	
<p><b>CL10.</b> DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, EST-CE QUE (<i>prénom</i>) A FAIT UNE DES TÂCHES SUIVANTES POUR LE MÉNAGE :</p> <p>[A] DES ACHATS POUR LE MÉNAGE ?</p> <p>[B] RÉPARER N'IMPORTE QUEL ÉQUIPEMENT DU MÉNAGE ?</p> <p>[C] CUISINER OU NETTOYER DES USTENSILES OU LA MAISON ?</p> <p>[D] LAVER LES VÊTEMENTS ?</p> <p>[E] PRENDRE SOIN DES ENFANTS?</p> <p>[F] PRENDRE SOIN DES PERSONNES ÂGÉES OU MALADES ?</p> <p>[G] AUTRES TÂCHES POUR LE MÉNAGE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>Achats pour le ménage ..... 1 2</p> <p>Réparations d'équipement ..... 1 2</p> <p>Cuisiner /laver ustensiles/maison ..... 1 2</p> <p>Laver les vêtements ..... 1 2</p> <p>Prendre soin des enfants ..... 1 2</p> <p>Prendre soins des âgés/des malades . 1 2</p> <p>Autres taches ..... 1 2</p>	
<p><b>CL11.</b> Vérifier CL10, A à G</p> <p><input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL12</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller au Module suivant</p>		
<p><b>CL12.</b> DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES A PEU PRÈS, (<i>prénom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE DANS CETTE/CES ACTIVITÉ(S)?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i></p>	<p>Nombres d'heures..... _ _</p>	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		CD
<b>CD1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à partir de SL9 :</b> <input type="checkbox"/> 1-14 ans ⇒ Continuer avec CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 ans ⇒ Aller au module suivant		
<b>CD2. Inscrire le numéro de ligne et le nom de l'enfant à partir de SL9.</b>	Numéro de Ligne ..... _ _ Nom .....	
<b>CD3. LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR APPRENDRE AUX ENFANTS À BIEN SE COMPORTER OU POUR TRAITER DES PROBLÈMES DE COMPORTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE LISTE DE MÉTHODES QUI SONT UTILISÉES ET J'AIMERAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI <u>VOUS AVEZ OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MÉNAGE</u> A UTILISÉ UNE DE CES MÉTHODES AVEC (<i>prénom</i>) <u>AU COURS DU MOIS DERNIER.</u></b>	O    N	
<b>[A] RETIRER DES PRIVILÈGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (<i>prénom</i>) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.</b>	Retirer des privilèges ..... 1    2	
<b>[B] EXPLIQUER À (<i>prénom</i>) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE.</b>	Expliquer le mauvais comportement . 1    2	
<b>[C] LE/LA SECOUER</b>	Le/la secouer ..... 1    2	
<b>[D] HURLER, LUI CRIER DESSUS</b>	Hurler, lui crier dessus ..... 1    2	
<b>[E] LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE À FAIRE.</b>	Donner quelque chose d'autre à faire 1    2	
<b>[F] LUI DONNER UNE FESSÉE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES À MAIN NUES.</b>	Donner une fessée, frapper ou taper sur les fesses avec mains nues ..... 1    2	
<b>[G] LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR D'AUTRES PARTIES DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE TEL CEINTURE, BROSSE À CHEVEUX, BÂTON OU AUTRE OBJET DUR.</b>	Frapper avec ceinture, brosse, bâton ou autres objets durs ..... 1    2	
<b>[H] LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE NOM COMME ÇA.</b>	Le/la traiter d'idiot, paresseux, ou d'autres noms ..... 1    2	
<b>[I] LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES.</b>	Le/la frapper/gifler sur le visage, la tête ou les oreilles ..... 1    2	
<b>[J] LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES.</b>	Le/la frapper/taper sur les mains, bras ou jambes ..... 1    2	
<b>[K] LE/LA BATTRE, C'EST-À-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.</b>	Le/la battre, frapper encore et encore aussi fort que possible ..... 1    2	
<b>[L] LE PRIVER DE NOURRITURE</b>	Le priver de nourriture..... 1    2	
<b>CD4. PENSEZ-VOUS QUE POUR ÉLEVER OU ÉDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NÉCESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/ Sans opinion ..... 8	

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES		HC
<b>HC1A.</b> QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MÉNAGE ?	Catholique..... 11 Evangélique ..... 12 Méthodiste ..... 13 Céleste..... 14 Harriste ..... 15 Autre religion chrétienne ( <i>préciser</i> ) ..... 16  Musulman ..... 21  Animiste ..... 31  Pas de religion ..... 41  Autre religion ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>HC1C.</b> À QUELLE GROUPE ETHNIQUE APPARTENEZ-VOUS ?  <i>Classer l'Groupe ethnique déclarée dans le groupe auquel il appartient puis encercler le code qui correspond.</i>  <i>Si c'est un naturalisé, encercler le code 16</i>  <i>Si c'est une Groupe ethnique Ethnie non ivoirien(ne), encercler 21 et préciser son pays d'origine</i>	Akan..... 11 Krou ..... 12 Mandé du Sud ..... 13 Mandé du Nord ..... 14 Gur ..... 15  Autre ivoirien(ne) ..... 16  Ethnie non ivoirien(ne) ( <i>préciser pays</i> ) _____ ..... 21	
<b>HC2.</b> DANS CE MÉNAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces..... __ __	
<b>HC3.</b> <i>Principal matériau du sol</i>  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable..... 11 Bouse..... 12  Matériau fini Parquet ou bois ciré ..... 31 Vinyle/Gerflex..... 32 Carrelage ..... 33 Ciment..... 34 Moquette ..... 35  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>HC4.</b> <i>Principal matériau du toit</i>  <i>Enregistrer l'observation</i>	Matériau naturel Pas de toit..... 11 Chaume/ Feuille de palmier..... 12 Herbes ..... 13 Matériau rudimentaire Natte ..... 21 Palmes / Bambou ..... 22 Planches en bois ..... 23 Carton ..... 24 Matériau fini Métal/Tôle ..... 31 Bois ..... 32 Tuiles ..... 34 Ciment..... 35 Shingles ..... 36  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	

<p><b>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</b></p> <p><i>Enregistrer l'observation.</i></p>	<p>Matériau naturel</p> <p>Pas de murs..... 11</p> <p>Canne / Palmes / troncs ..... 12</p> <p>Mottes de terre..... 13</p> <p>Matériau rudimentaire</p> <p>Bambou avec boue..... 21</p> <p>Pierre avec boue..... 22</p> <p>Adobe non recouvert/Briques de terre.. 23</p> <p>Contre-plaqué ..... 24</p> <p>Carton ..... 25</p> <p>Bois de récupération..... 26</p> <p>Matériau fini</p> <p>Ciment..... 31</p> <p>Pierre avec chaux/ciment ..... 32</p> <p>Briques..... 33</p> <p>Blocs de ciment ..... 34</p> <p>Adobe recouvert/Géo-béton recouvert . 35</p> <p>Carreaux.....37</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	
<p><b>HC5A. Principal type de toilettes dans le ménage.</b></p> <p><i>Enregistrer l'observation.</i></p> <p><i>Demander la permission de voir les toilettes.</i></p>	<p>Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau</p> <p>Connectée à système d'égouts ..... 11</p> <p>Connectée à fosse septique ..... 12</p> <p>Reliée à des latrines ..... 13</p> <p>Reliée à autre chose..... 14</p> <p>Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où..... 15</p> <p>Fosses/latrines</p> <p>Latrines améliorées ventilées (LAV) .... 21</p> <p>Latrines à fosses avec dalle ..... 22</p> <p>Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23</p> <p>Toilettes à compostage / EcoSan..... 31</p> <p>Seaux..... 41</p> <p>Toilettes/latrines suspendues ..... 51</p> <p>Pas de toilettes ..... 95</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	
<p><b>HC6. DANS VOTRE MÉNAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE/VOS CUISSONS ?</b></p>	<p>Électricité ..... 01</p> <p>Gaz butane ..... 02</p> <p>Pétrole..... 05</p> <p>Charbon / Lignite ..... 06</p> <p>Charbon de bois ..... 07</p> <p>Bois..... 08</p> <p>Paille/branchages/herbes ..... 09</p> <p>Bouse..... 10</p> <p>Résidus agricoles ..... 11</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage .... 95</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>05⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>
<p><b>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ OU À L'EXTÉRIEUR ?</b></p> <p><i>Si 'Dans la maison', insister:</i></p> <p>EST-ELLE FAÎTE DANS UNE PIÈCE SÉPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?</p>	<p>Dans la maison</p> <p>Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine..... 1</p> <p>Ailleurs dans la maison..... 2</p> <p>Dans un bâtiment séparé..... 3</p> <p>À l'extérieur..... 4</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p>	

<p><b>HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :</b></p> <p>[A] L'ELECTRICITE ?</p> <p>[B] UNE RADIO?</p> <p>[C] UNE TELEVISION?</p> <p>[D] UN TELEPHONE FIXE ?</p> <p>[E] UN REFRIGERATEUR/CONGELATEUR?</p> <p>[F] UNE MACHINE A LAVER?</p> <p>[G] UN VENTILATEUR?</p> <p>[H] UN CLIMATISEUR?</p> <p>[I] UN CHAUFFE-EAU ?</p> <p>[J] UN MICRO-ONDE?</p> <p>[K] UN ABONNEMENT INTERNET ?</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Electricité ..... 1 2</p> <p>Radio..... 1 2</p> <p>Télévision..... 1 2</p> <p>Téléphone fixe ..... 1 2</p> <p>Réfrigérateur/Congélateur ..... 1 2</p> <p>Machine à laver ..... 1 2</p> <p>Ventilateur ..... 1 2</p> <p>Climatiseur ..... 1 2</p> <p>Chauffe-eau ..... 1 2</p> <p>Micro-onde ..... 1 2</p> <p>Abonnement internet ..... 1 2</p>	
<p><b>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSÈDE :</b></p> <p>[A] UNE MONTRE ?</p> <p>[B] UN TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>[N] UN SMARTPHONE ?</p> <p>[C] UNE BICYCLETTE?</p> <p>[D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ?</p> <p>[E] UNE CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL ?</p> <p>[F] UNE VOITURE OU UN CAMION ?</p> <p>[G] UN BATEAU A MOTEUR/ PINASSE?</p> <p>[H] UN TRICYCLE</p> <p>[I] UN TRACTEUR</p> <p>[J] UNE PIROGUE</p> <p>[K] UN LECTEUR VCD/DVD</p> <p>[L] UN ORDINATEUR</p> <p>[M] UNE TABLETTE INFORMATIQUE</p> <p>[O] UN POUSSE-POUSSE/BROUETTE</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Montre.....1 2</p> <p>Téléphone mobile .....1 2</p> <p>Smartphone .....1 2</p> <p>Bicyclette .....1 2</p> <p>Moto / Scooter .....1 2</p> <p>Charrette avec animal.....1 2</p> <p>Voiture/Camion.....1 2</p> <p>Bateau à moteur/Pinasse .....1 2</p> <p>Tricycle.....1 2</p> <p>Tracteur.....1 2</p> <p>Pirogue.....1 2</p> <p>Lecteur VCD/DVD.....1 2</p> <p>Ordinateur .....1 2</p> <p>Tablette informatique.....1 2</p> <p>Pousse-Pousse/Brouette.....1 2</p>	
<p><b>HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MÉNAGE EST PROPRIÉTAIRE DE CE LOGEMENT ?</b>  <i>Si "Non", demander :</i>  <b>LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MÉNAGE ?</b>  <i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2".</i>  <i>Pour les autres réponses encercler "6".</i></p>	<p>Propriétaire ..... 1</p> <p>Location ..... 2</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p>	
<p><b>HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MÉNAGE POSSÈDE DE LA TERRE QUI PEUT ÊTRE UTILISÉE POUR L'AGRICULTURE ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2⇒HC13
<p><b>HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MÉNAGE POSSÈDENT-ILS ?</b></p> <p><i>Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i></p>	<p>Hectares ..... _ _ _</p>	

<b>HC13.</b> EST-CE QUE CE MÉNAGE POSSÈDE DU BÉTAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒HC15
<b>HC14.</b> PARMIS LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL DE :  [A] TÊTES DE BÉTAIL, VACHES LAITIÈRES, OU TAUREAUX ?  [B] CHEVAUX, ÂNES OU MULES ? [C] CHÈVRES / CABRIS ? [D] MOUTONS ? [E] POULETS ? [F] PORCS ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux ..... _ _  Chevaux, ânes ou mules ..... _ _ Chèvres / Cabris ..... _ _ Moutons ..... _ _ Poulets ..... _ _ Porcs ..... _ _	
<b>HC15.</b> EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MÉNAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	

MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE		TN
<b>TN1.</b> EST-CE QUE VOTRE MÉNAGE POSSÈDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ÊTRE UTILISÉES POUR DORMIR ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
<b>TN2.</b> COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires..... _____	
<b>TN3.</b> Demander à l'enquêté de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 <sup>ere</sup> Moustiquaire	2 <sup>eme</sup> Moustiquaire	3 <sup>eme</sup> Moustiquaire
<b>TN4.</b> Moustiquaire observée?	Observée ..... 1 Non observée ..... 2	Observée ..... 1 Non observée ..... 2	Observée..... 1 Non observée ..... 2
<b>TN5.</b> Observer ou demander la marque/type de moustiquaire  <i>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.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 NETPROTECT ..... 13 DAWA ..... 14  Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18  Moustiquaires à ré-imprégner ..... 21  Autre moustiquaire (préciser) ..... 36  NSP marque / type ..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 NETPROTECT ..... 13 DAWA ..... 14  Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18  Moustiquaires à ré-imprégner ..... 21  Autre moustiquaire (préciser) ..... 36  NSP marque / type ..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 NETPROTECT ..... 13 DAWA ..... 14  Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18  Moustiquaires à ré-imprégner ..... 21  Autre moustiquaire (préciser) ..... 36  NSP marque / type ..... 98
<b>TN6.</b> DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MÉNAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE?  <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'</i>	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
<b>TN7.</b> Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Ré-imprégnée (21) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Ré imprégnée (21) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Ré imprégnée (21) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer
<b>TN8.</b> QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ÉTAIT-ELLE DÉJÀ TRAITÉE 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

<b>TN9.</b> 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 ⇒ TN11  NSP / Pas sûr ..... 8 ⇒ TN11	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ TN11  NSP / Pas sûr ..... 8 ⇒ TN11	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ TN11  NSP / Pas sûr..... 8 ⇒ TN11
<b>TN10.</b> IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE POUR LA DERNIÈRE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'.</i>	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
<b>TN11.</b> EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ TN13  NSP / Pas sûr ..... 8 ⇒ TN13	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ TN13  NSP / Pas sûr ..... 8 ⇒ TN13	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ TN13  NSP / Pas sûr..... 8 ⇒ TN13
<b>TN12.</b> QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE?  <i>Enregistrer le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage.</i>  <i>Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrer '00'</i>	Nom et prénom _____ Numéro de ligne .. ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne .. ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne .. ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne .. ____	Nom et prénom _____ Numéro de ligne... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne... ____	Nom et prénom _____ Numéro de ligne ... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne ... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne ... ____  Nom et prénom _____ Numéro de ligne ... ____
<b>TN13.</b>	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>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</i>
			<i>Cocher ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé</i> <input type="checkbox"/>

EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
<b>WS1.</b> D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet	
	Dans le logement..... 11	11⇨WS6
	Dans concession, cour ou parcelle ..... 12	12⇨WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13⇨WS6
	Robinet public / Borne fontaine..... 14	14⇨WS3
	Puits à pompe, Forage..... 21	21⇨WS3
	Puits creusé	
	Puits protégé..... 31	31⇨WS3
	Puits non protégé..... 32	32⇨WS3
	Eau de source	
	Source protégée ..... 41	41⇨WS3
	Source non protégée ..... 42	42⇨WS3
	Eau de pluie..... 51	51⇨WS3
	Camion-citerne..... 61	61⇨WS3
	Charrette avec petite citerne / tonneau..... 71	71⇨WS3
Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)..... 81	81⇨WS3	
Eau en bouteille ..... 91		
Eau en sachet..... 92		
Autre ( <i>préciser</i> )..... 96	96⇨WS3	
<b>WS2.</b> D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU UTILISÉE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet	
	Dans le logement..... 11	11⇨WS6
	Dans quartier, cour ou parcelle ..... 12	12⇨WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13⇨WS6
	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		
<b>WS3.</b> OÙ CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUÉE ?	Dans le logement ..... 1	1⇨WS6
	Dans la cour / parcelle ..... 2	2⇨WS6
	Ailleurs ..... 3	
<b>WS4.</b> COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... _____	
	NSP..... 998	

<p><b>WS5.</b> QUI SE REND HABITUELLEMENT À CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MÉNAGE ?</p> <p><i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS ? CETTE PERSONNE EST-ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ ?</p>	<p>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</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>WS6.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒WS8 8⇒WS8</p>
<p><b>WS7.</b> HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA ?</p> <p><i>Insister :</i> AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>La faire bouillir..... A Y ajouter de l'eau de Javel / chlore..... B La filtrer à travers un linge ..... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)..... D Désinfection solaire..... E La laisser reposer ..... F</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X NSP ..... Z</p>	
<p><b>WS8.</b> HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE UTILISENT-ILS ?</p> <p><i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OÙ VONT LES EAUX USÉES ?</p> <p><i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i></p>	<p>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</p> <p>Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) .... 21 Latrines à fosses avec dalle..... 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23</p> <p>Toilettes à compostage / EcoSan ..... 31 Seaux..... 41 Toilettes/latrines suspendues ..... 51</p> <p>Pas de toilettes, nature ..... 95</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	<p>95⇒Module suivant</p>
<p><b>WS9.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p><b>WS10.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MÉNAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES ?</p>	<p>Autres ménages seulement (pas publiques)..... 1 Toilettes publiques ..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p><b>WS11.</b> AU TOTAL, COMBIEN DE MÉNAGES, Y COMPRIS VOTRE MÉNAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Nombre de ménages (si moins de 10)..... 0 _</p> <p>Dix ménages ou plus ..... 10 NSP ..... 98</p>	

LAVAGE DES MAINS		HW
<b>HW1.</b> J'AIMERAI SAVOIR QUELS SONT LES ENDROITS QUE LES MEMBRES DU MÉNAGE UTILISENT POUR SE LAVER LES MAINS.  MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OÙ LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Dispositif fixe observé ..... 11	
	Dispositif fixe pas observé Pas dans le logement/terrain/jardin/cour 12 Pas de permission de voir ..... 13 Autre motif ( <i>préciser</i> ) ..... 16  Dispositif mobile observé ..... 21 Dispositif mobile non observé ..... 22	12 ⇨ HW4 13 ⇨ HW4 16 ⇨ HW4  22 ⇨ HW4
<b>HW2.</b> 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 bassine, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible ..... 1	
	Eau non disponible ..... 2	
<b>HW3A.</b> 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
<b>HW3B.</b> Enregistrer l'observation.  <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Savon solide ..... A	A ⇨ HH19
	Lessive (Poudre / Liquide / Pate) ..... B	B ⇨ HH19
	Savon liquide ..... C	C ⇨ HH19
	Cendre ..... D	D ⇨ HH19
	Boue / Sable ..... E	E ⇨ HH19
<b>HW4.</b> AVEZ-VOUS DU SAVON, DE LA LESSIVE OU DES CENDRES. BOUE/ SABLE DANS VOTRE MAISON POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	Oui ..... 1	
	Non ..... 2	2 ⇨ HH19
<b>HW5A.</b> POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER?	Oui, montré ..... 1	
	Non, non montré ..... 2	2 ⇨ HH19
<b>HW5B.</b> Enregistrer l'observation.  <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Savon solide ..... A	
	Lessive (Poudre / Liquide / Pate) ..... B	
	Savon liquide ..... C	
	Cendre ..... D	
	Boue / Sable ..... E	
<b>HH19. ENREGISTRER L'HEURE.</b>	Heure et minutes ..... : .....	

IODATION DU SEL		SI
<b>SI1.</b> NOUS VOUDRIONS VÉRIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MÉNAGE EST IODÉ. PUIS-JE VOIR LE RÉCIPIENT DANS LEQUEL VOUS CONSERVEZ LE SEL ET AVOIR UN ÉCHANTILLON DE SEL UTILISÉ <u>POUR PRÉPARER LES REPAS</u> DE VOTRE MÉNAGE ?  <i>Une fois le sel testé, encercler 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	4⇒ HH20
	<b>SI2.</b> A QUEL MOMENT DE LA PRÉPARATION D'UN REPAS METTEZ-VOUS LE SEL DE CUISINE ?  Au début de la cuisson ..... 1 Au Milieu de résidence de la cuisson ..... 2 Vers la fin de la cuisson ..... 3 Après la cuisson ..... 4  Autre (préciser) ..... 6  Pas d'utilisation de sel ..... 0  NSP ..... 8	0⇒ HH20
<b>SI3.</b> Observer le récipient dans lequel est conservé le sel de cuisine.  <i>Encercler le code qui s'applique.</i>	Un récipient opaque fermé ..... 1 Un récipient opaque ouvert ..... 2 Un récipient non opaque ..... 3 Sachet ..... 4 Sel en vrac ..... 5  Autre (préciser) ..... 6	

**HH20.** Remerciez le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifiez la Liste d'enregistrement des membres du ménage

**Observations de l'Enquêteur/trice**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du Superviseur**

**Côte d'Ivoire, 2016**  
**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME DE 15-49 ANS**



**Ce questionnaire est strictement confidentiel.**

<b>PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME</b>		<b>WM</b>
<i>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.</i>		
<b>WM1.</b> Numéro de grappe : _____	<b>WM2.</b> Numéro de ménage : _____	
<b>WM3.</b> Nom de la femme : Nom _____	<b>WM4.</b> Numéro de ligne de la femme: _____	
<b>WM5.</b> Nom et code de l'enquêtrice : Nom _____	<b>WM6.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016	

<p><i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquêté :</i></p> <p><b>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). 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 50 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</b></p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i></p> <p><b>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 50 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES</b></p>
<p><b>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ <i>Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ <i>Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</i></p>	

<b>WM7.</b> Résultat de l'enquête femme	Rempli ..... 01 Pas à la maison..... 02 Refusé..... 03 Partiellement rempli ..... 04 Incapacité..... 05 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96
---	---

<b>WM8.</b> Chef Equipe (Nom et numéro): Nom _____
---

<b>WM10.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... : _____
-----------------------------------	--------------------------------

CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME		WB
<b>WB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE ?	Date de naissance : Mois ..... __ __ NSP mois ..... 98  Année ..... __ __ __ __ NSP année ..... 9998	
<b>WB2.</b> QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister: QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues) ..... __ __	
<b>WB2A.</b> QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Catholique ..... 11 Évangélique ..... 12 Méthodiste ..... 13 Céleste ..... 14 Harriste ..... 15 Autre religion chrétienne (préciser) ..... 16  Musulman ..... 21  Animiste ..... 31  Pas de religion ..... 41  Autre religion (préciser) ..... 96	
<b>WB2B.</b> À QUELLE GROUPE ETHNIQUE APPARTENEZ-VOUS ?  <i>Classer l'Groupe ethnique déclarée dans le groupe auquel il appartient puis encercler le code qui correspond.</i>  <i>Si c'est un naturalisé, encercler le code 16</i>  <i>Si c'est une Ethnie non ivoirien(ne), encercler 21 et préciser son pays d'origine</i>	Akan ..... 11 Krou ..... 12 Mandé du Sud ..... 13 Mandé du Nord ..... 14 Gur ..... 15  Autre ivoirienne ..... 16  Ethnie non ivoirien(ne) (préciser pays) ..... 21	
<b>WB3.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ WB7
<b>WB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Précolaire ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire ..... 2 Supérieur ..... 3	0 ⇒ WB7
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVÉE À CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe ..... __ __	
<b>WB6.</b> Vérifier WB4 :		
<input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant		
<input type="checkbox"/> Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7		

<p><b>WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.</b></p> <p><i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i></p> <p>POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?</p>	Ne peut pas lire du tout..... 1	
	Peut lire certaines parties..... 2	
	Peut lire la phrase entière ..... 3	
	Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée _____ 4 <i>(préciser langue)</i>	
	Aveugle/sourde-muette/problème de vue .. 5	

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
<b>MT1. Vérifier WB7 :</b> <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 de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout, sourde-muette ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3		
<b>MT2. A QUELLE FRÉQUENCE 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?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MT4. A QUELLE FRÉQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TÉLÉVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MT5. Vérifier WB2 : Age de la répondante ?</b> <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Passer au module suivant		
<b>MT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT7. AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
<b>MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET?</b>  <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
<b>MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	

FÉCONDITÉ		CM
<b>CM1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTÉ ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> 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
<b>CM5.</b> 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 ..... __ __	
<b>CM6.</b> 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
<b>CM7.</b> 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 ..... __ __	
<b>CM8.</b> 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 :</i>  JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRÉ, CRIÉ OU MONTRÉ D'AUTRES SIGNES DE VIE – MÊME S'IL N'A VÉCU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> COMBIEN DE FILS SONT DÉCÉDÉS ?  COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés ..... __ __  Filles décédées ..... __ __	
<b>CM10.</b> <i>Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.</i>	Somme..... __ __	
<b>CM11.</b> JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL ( <i>nombre total</i> ) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?  <input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒Vérifier ci-dessous :</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i> <input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i>  <input type="checkbox"/> <i>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</i>		

HISTORIQUE DES NAISSANCES												
MAINTENANT, JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIÈRE QUE VOUS AVEZ EUE. Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplets sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.												
BH NO. DE LIGNE	BH1. QUELS NOMS ET PRENOMS ONT ÉTÉ DONNÉS À VOTRE ENFANT? (premier/suivant)	BH2. (prénom) EST-IL UN JUMEAU ? Si Non choisir 1 et si Oui choisir 2 1 Simple 2 Multiple	BH3. (prénom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NE(E) (prénom) ? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?	BH5. (prénom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non	BH6. QUEL ÂGE A EU (prénom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (prénom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL-1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9.			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (prénom de la naissance précédente) ET (prénom) , Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ? 1 Oui 2 Non
									Unité	Nombre	O N	
Ligne	Nom et Prénoms	S M	G F	Mois	Année	O N	No de ligne	Unité <td>Nombre <td>O N <td></td> </td></td>	Nombre <td>O N <td></td> </td>	O N <td></td>		
01		1 2	1 2			1 2	— → Ligne suivante	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	— — —		
02		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		
03		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		
04		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		
05		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		
06		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		
07		1 2	1 2			1 2	— → BH10	Jours .....1 Mois .....2 Années .....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.		

BH NO. DE LIGNE	BH1. QUELS NOM ET PRENOMS ONT ÉTÉ DONNÉS À VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. (prénom) EST-IL UN JUMEAU ? <i>Si Non choisir 1 et si Oui choisir 2</i>		BH3. (prénom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?  1 Garçon 2 Femme		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NÉ(E) (prénom) ? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (prénom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?  1 Oui 2 Non		BH6. QUEL ÂGE A EU (prénom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ?  <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>		BH7. EST-CE QUE (prénom) HABITE AVEC VOUS ?  1 Oui 2 Non		BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)  Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>		BH9. <i>Si décédé: QUEL ÂGE AVAIT (prénom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ?  Si "1 an", insister: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS? <i>Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans; ou en années</i></i>			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (prénom de la naissance précédente) ET (prénom) Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRÈS LA NAISSANCE?  1 Oui 2 Non		
		Unité	Nombre	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N	Unité	Nombre	O	N				
08		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
09		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
10		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
11		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
12		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
13		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
14		1	2	1	2	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours .....1 Mois .....2 Années.....3	1 Ajouter Naissance Suivante.	1 2		
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)?																	Oui.....1	1	Enregistrer dans l'historique		
																	Non.....2	2			

**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 **2014** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2014**, 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 *SYMPTOMES DES MALADIES*.
- Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇒ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

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

<b>DÉSIR DE LA DERNIÈRE NAISSANCE</b>		<b>DB</b>
<p><i>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.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le (prénom) de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<b>DB1.</b> QUAND VOUS ÊTES TOMBE ENCEINTE DE (prénom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LÀ?	Oui..... 1	1⇒Modul e suivant
	Non..... 2	
<b>DB2.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard..... 1	2⇒Modul e suivant
	Pas d'enfant/Plus d'enfant..... 2	
<b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?  <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée</i>	Mois..... 1 __ __	
	Années..... 2 __ __	
	NSP..... 998	

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN												
<p><i>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.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>														
<b>MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (prénom) ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MN5												
<b>MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ?</b>  <i>Insister :</i> <b>QUELQU'UN D'AUTRE ?</b>  <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme.....B Aide-soignante.....C Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire.....G Fille de salle.....H  Autre (préciser) _____ X													
<b>MN2AA. Vérifier MN2. Un des codes A-C ou G est-il sélectionné ?</b> <input type="checkbox"/> Oui⇒ Continuer avec MN2BB <input type="checkbox"/> Non⇒ Aller à MN2A														
<b>MN2BB. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU VOUS AVEZ RECHERCHÉ DES SOINS PRÉNATALS ?</b>  <i>Insister pour avoir les noms de toutes les structures/ASC et enregistrer les codes. Si plusieurs structures citées, enregistrer par ordre de recherche de soins, en commençant par la première. Si la structure/ASC n'est pas pré-codée, choisir le code "99999996" et inscrire le(s) nom(s) dans l'espace prévu.</i>	1 <sup>ère</sup> structure/ASC _____  2 <sup>e</sup> structure/ASC _____  3 <sup>e</sup> structure/ASC _____  4 <sup>e</sup> structure/ASC _____													
<b>MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRÉNATALS POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</b>  <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines ..... 1 ___ Mois..... 2 0 ___ NSP..... 998													
<b>MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</b>  <i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i>	Nombre de fois..... ___ NSP..... 98													
<b>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATALS POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE LES CHOSES SUIVANTES ONT ÉTÉ FAITES, AU MOINS UNE FOIS ?</b>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Oui</td> <td style="text-align: center;">Non</td> </tr> <tr> <td>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</td> <td style="text-align: center;">Tension ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE ?</td> <td style="text-align: center;">Échantillon d'urine ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?</td> <td style="text-align: center;">Prélèvement sanguin ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		Oui	Non	[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension ..... 1	2	[B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE ?	Échantillon d'urine ..... 1	2	[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?	Prélèvement sanguin ..... 1	2	
	Oui	Non												
[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension ..... 1	2												
[B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE ?	Échantillon d'urine ..... 1	2												
[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?	Prélèvement sanguin ..... 1	2												

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN
<p><i>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.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<p><b>MN5.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</p> <p>PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?</p> <p><i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p>	<p>Oui (carnet vu) ..... 1</p> <p>Oui (carnet non vu) ..... 2</p> <p>Non..... 3</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>MN6.</b> QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE (<i>prénom</i>), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-À-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒MN9</p> <p>8⇒MN9</p>
<p><b>MN7.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>) ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois..... _</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>8⇒MN9</p>
<p><b>MN8.</b> Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒Aller à MN12</p> <p><input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. ⇒Continuer avec MN9</p>		
<p><b>MN9.</b> EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MN12</p> <p>8⇒MN12</p>
<p><b>MN10.</b> AVANT LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois..... _</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>8⇒MN12</p>
<p><b>MN11.</b> CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>) ?</p> <p><i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Il y a année ..... _ _</p>	
<p><b>MN12.</b> Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuer avec MN13</p> <p><input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒Aller à MN17</p>		
<p><b>MN13.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>), EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR <u>ÉVITER</u> DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MN17</p> <p>8⇒MN17</p>

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN
<p><i>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.</i></p> <p>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</p> <p>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</p>		
<p><b>MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</b></p> <p><i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i></p>	<p>SP / Fansidar ..... A</p> <p>Chloroquine..... B</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p> <p>NSP ..... Z</p>	
<p><b>MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris :</b></p> <p><input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇒ Continuer avec MN16</p> <p><input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇒ Aller à MN17</p>		
<p><b>MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?</b></p> <p>SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRÉNATALES, DURANT UNE VISITE DANS UNE STRUCTURE DE SANTÉ OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.</p>	<p>Nombre de fois..... _ _</p> <p>NSP ..... 98</p>	
<p><b>MN16A. A QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE DE (<i>prénom</i>) AVEZ-VOUS PRIS DU SP/ FANSIDAR POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</b></p>	<p>Avant le 4<sup>ème</sup> mois ..... 1</p> <p>16-20 semaines (4-5 mois) ..... 2</p> <p>20-24 semaines (5-6 mois) ..... 3</p> <p>24-28 semaines (plus de 6 mois)..... 4</p> <p>28- A l'accouchement ..... 5</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>MN17. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (<i>prénom</i>)?</b></p> <p><i>Insister :</i></p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN ADULTE N'ÉTAIT PRÉSENT LORS DE L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin..... A</p> <p>Infirmière / Sage-femme ..... B</p> <p>Aide-soignante ..... C</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle ..... F</p> <p>Agent de santé communautaire ..... G</p> <p>Parent(e) / Ami(e) ..... H</p> <p>Fille de salle ..... I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p> <p>Personne..... Y</p>	

<p><b>MN18.</b> OÙ AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>prénom</i>) ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée..... 11</p> <p>Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv. .... 21</p> <p>CHR/Hôpital général. .... 22</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC)..... 23</p> <p>Autre public (préciser) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé ..... 31</p> <p>Clinique / infirmerie privée ..... 32</p> <p>Maternité privée ..... 33</p> <p>Autre privé médical (<i>préciser</i>) ..... 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p><b>MN18A.</b> QUEL EST LE NOM DE LA STRUCTURE OU VOUS AVEZ ACCOUCHE DE (<i>prénom</i>)?</p> <p><i>Enregistrer le code de la structure. Si la structure n'est pas pré-codée, choisir le code "99996" et inscrire le nom dans l'espace prévu.</i></p>	<p>Structure.....</p>	
<p><b>MN19.</b> AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>prénom</i>) PAR CÉSARIENNE, C'EST-À-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BÉBÉ ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p><b>MN19A.</b> QUAND EST-CE QUE LA DÉCISION DE FAIRE UNE CÉSARIENNE A-T-ELLE ÉTÉ PRISE ?</p> <p>ÉTAIT-CE AVANT OU APRÈS QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCÉ ?</p>	<p>Avant..... 1</p> <p>Après..... 2</p>	
<p><b>MN20.</b> QUAND (<i>prénom</i>) EST NÉ(E), ÉTAIT-IL/ELLE : TRÈS GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRÈS PETIT ?</p>	<p>Très gros ..... 1</p> <p>Plus gros que la moyenne ..... 2</p> <p>Moyen ..... 3</p> <p>Plus petit que la moyenne..... 4</p> <p>Très petit ..... 5</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p><b>MN21.</b> (<i>prénom</i>) A-T-IL /ELLE ÉTÉ PESÉ (E) À LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒MN23</p> <p>8⇒MN23</p>
<p><b>MN22.</b> COMBIEN (<i>prénom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i></p>	<p>Du carnet de santé..... 1 (kg) __ , __ __ __</p> <p>De mémoire..... 2 (kg) __ , __ __ __</p> <p>NSP ..... 99998</p>	
<p><b>MN23.</b> EST-CE-QUE VOS RÈGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>prénom</i>)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p><b>MN24.</b> AVEZ-VOUS ALLAITÉ (<i>prénom</i>)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>

<p><b>MN25.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>prénom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours</i></p>	<p>Immédiatement ..... 000</p> <p>Heures..... 1 __ __</p> <p>Jours ..... 2 __ __</p> <p>NSP/ Ne se rappelle pas..... 998</p>	
<p><b>MN26.</b> DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNÉ À BOIRE À (<i>prénom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p><b>MN27.</b> QU'A-T-ON DONNÉ À BOIRE À (<i>prénom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel) ..... A</p> <p>Eau ..... B</p> <p>Eau sucrée/eau glucosée ..... C</p> <p>Calmant pour coliques ..... D</p> <p>Solution eau salée/sucrée..... E</p> <p>Jus de fruit..... F</p> <p>Préparation pour bébé ..... G</p> <p>Thé / Infusions ..... H</p> <p>Miel..... I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	

EXAMENS DE SANTÉ POST-NATALS		PN
<p><i>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.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CMI3 ici _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<p><b>PN1. Vérifier MN18 : L'enfant est-il né dans une structure de santé?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Non, L'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6</p>		
<p><b>PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSÉ DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).</b></p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHÉ A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ÊTES-VOUS RESTÉE LÀ-BAS APRÈS L'ACCOUCHEMENT?</p> <p><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></p>	<p>Heures .....1 ___</p> <p>Jours .....2 ___</p> <p>Semaines .....3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas .....998</p>	
<p><b>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINÉ (nom), VÉRIFIÉ LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</b></p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A VÉRIFIÉ L'ÉTAT DE SANTÉ DE (nom) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	
<p><b>PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTÉ – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTÉ, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU EN VOUS EXAMINANT.</b></p> <p>A-T-ON CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	
<p><b>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSÉ QUAND VOUS AVEZ QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire MN18).</b></p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ L'ÉTAT DE SANTÉ DE (nom) APRÈS QUE VOUS AYEZ QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	<p>1 ⇒ PN11</p> <p>2 ⇒ PN16</p>

<p><b>PN6.</b> Vérifier MN17 : Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, agent de santé Communautaire, ou fille de salle (MN17=A-G ou I) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire, ni fille de salle (A-G, I pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p><b>PN7.</b> VOUS AVEZ DÉJÀ DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTÉ À L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (la ou les personnes à MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTRÔLE LA SANTÉ DE (nom) ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	
<p><b>PN8.</b> ET EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT SON/LEUR DÉPART?</p> <p>PAR CONTRÔLE DE SANTÉ, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTÉ, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	
<p><b>PN9.</b> APRÈS LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTRÔLE LA SANTÉ DE (nom)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p>
<p><b>PN10.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRÈS LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTRÔLE SA SANTÉ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p><b>PN11.</b> UN TEL CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois.....1</p> <p>Plus d'une fois.....2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p><b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><b>PN12B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTRÔLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures .....1 __</p> <p>Jours .....2 __</p> <p>Semaines .....3 __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas .....998</p>	



<p><b>PN19. APRÈS LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ?</b></p> <p>JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VÉRIFIÉ VOTRE SANTÉ, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p><b>PN20. CES CONTRÔLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</b></p>	<p>Une fois..... 1 Plus d'une fois..... 2</p>	<p>1⇒PN21A 2⇒PN21B</p>
<p><b>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT CE CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU?</b></p> <p><b>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTRÔLES?</b></p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</i></p>	<p>Heures ..... 1 ___</p> <p>Jours ..... 2 ___</p> <p>Semaines ..... 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>PN22. QUI A CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ À CE MOMENT-LÀ ?</b></p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin..... A Infirmière / Sage-femme ..... B Aide-soignante ..... C Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent(e) / Ami(e) ..... H Fille de salle ..... I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	
<p><b>PN23. OÙ A EU LIEU CE CONTRÔLE?</b></p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. .... 21 CHR/Hôpital général. .... 22 Centre de santé Gouv. (ESPC) ..... 23 Autre public (<i>préciser</i>) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé ..... 31 Clinique / infirmerie privée ..... 32 Maternité privée ..... 33 Autre privé médical (<i>préciser</i>) ..... 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	<p>11⇒IS1 12⇒IS1</p> <p>96⇒IS1</p>
<p><b>PN23A. QUEL EST LE NOM DE LA STRUCTURE OU CE CONTRÔLE A EU LIEU?</b></p> <p><i>Enregistrer le code de la structure. Si la structure n'est pas pré-codée, choisir le code "99999996" et inscrire le nom dans l'espace prévu.</i></p>	<p>Structure _____</p>	

SYMPTÔMES DES MALADIES		IS
<p><b>IS1.</b> Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15</p> <p>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller au Module suivant.</p>		
<p><b>IS2.</b> IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ÊTRE CONDUITS IMMÉDIATEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTÔMES QUI VOUS INCITERAIENT À AMENER IMMÉDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTÔME ?</p> <p><i>Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se puisse plus citer d'autre signes ou symptômes.</i></p> <p><i>Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses</i></p>	<p>Enfant incapable de boire ou de téter ..... A</p> <p>État de l'enfant s'aggrave..... B</p> <p>Enfant a la fièvre..... C</p> <p>Enfant respire rapidement ..... D</p> <p>Enfant a des difficultés à respirer ..... E</p> <p>Enfant a du sang dans les selles..... F</p> <p>Enfant boit difficilement ..... G</p> <p>Enfant a la diarrhée ..... H</p> <p>Enfant a des convulsions/contraction..... I</p> <p>Enfant tousse beaucoup..... J</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ Y</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ Z</p>	

CONTRACEPTION		CP
<p><b>CP1.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>Pas sûre ou NSP..... 8</p>	1⇒CP2A
<p><b>CP2.</b> CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	1⇒CP3
<p><b>CP2A.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ UNE MÉTHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR ÉVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant
<p><b>CP3.</b> QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p><i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i></p>	<p>Stérilisation féminine .....A</p> <p>Stérilisation masculine .....B</p> <p>Dispositif Intra Uterin (DIU)/Stérilet..... C</p> <p>Injections ..... D</p> <p>Implants.....E</p> <p>Pilules.....F</p> <p>Condom masculin ..... G</p> <p>Condom féminin ..... H</p> <p>Diaphragme..... I</p> <p>Mousse/gelée ..... J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme ..... L</p> <p>Retrait..... M</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....X</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
<b>UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte?</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui, actuellement enceinte</i> ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Aller à UN5		
<b>UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ÊTES TOMBÉE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LÀ ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1⇒UN4
<b>UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?</b>	Plus tard..... 1 Pas d'autre enfant..... 2	
<b>UN4. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRÈS L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PRÉFÉRERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?</b>	Avoir un autre enfant ..... 1 Pas d'autre enfant ..... 2 Indécise /NSP ..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
<b>UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine?</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Continuer avec UN6		
<b>UN6. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?</b>	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
<b>UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?</b>	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
<b>UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui, Actuellement enceinte</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Continuer avec UN9		

<b>UN9. Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Aller à UN13</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Continuer avec UN10</i>		
<b>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1 ⇒UN13  8 ⇒UN13
<b>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ÊTES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?</b>	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents ..... A Ménopause ..... B N'a jamais eu de règles ..... C Hystérectomie (utérus enlevé)..... D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès..... E Est en aménorrhée postpartum ..... F Allaite ..... G Trop âgée..... H Fataliste..... I  Autre ( <i>préciser</i> ) _____ X NSP..... Z	
<b>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?</b> <input type="checkbox"/> <i>Mentionné ⇒ Aller au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13</i>		
<b>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?</b>  <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée</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
<b>FG1.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒FG3
<b>FG2.</b> 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
<b>FG3.</b> VOUS-MÊME, ÊTES-VOUS EXCISÉE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒FG9
<b>FG4.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT À CE MOMENT-LÀ.  VOUS A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ?	Oui.....1 Non.....2  NSP .....8	1⇒FG6
<b>FG5.</b> VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non.....2 NSP .....8	
<b>FG6.</b> VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?  <i>Si nécessaire, insister :</i> LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?	Oui.....1 Non.....2  NSP .....8	
<b>FG7.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISÉE ? <i>Si l'enquêtée NSP, insister pour avoir une estimation.</i>	Age à l'excision ..... __ __  NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre ..... 98	
<b>FG8.</b> QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin.....11 Infirmière/sage-femme .....12 Aide-soignante .....13 Autre professionnel de la santé ( <i>préciser</i> ) .....16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle.....21 Accoucheuse traditionnelle .....22 Parent(e) .....23 Autre traditionnel ( <i>préciser</i> ) .....26 NSP .....98	
<b>FG9.</b> 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 ..... __ __	
<b>FG10.</b> JUSTE POUR ÊTRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL ( <i>nombre total à FG9</i> ) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT?		
<input type="checkbox"/> <i>Oui</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui</i>		

**FG11.** Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses filles en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Ecrire le nom de chaque fille en FG12. 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
<b>FG12.</b> Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
<b>FG13.</b> QUEL AGE A (nom)?	Age ..... ____	Age ..... ____	Age ..... ____	Age ..... ____
<b>FG14.</b> EST-CE QUE (NOM) A MOINS DE 15 ANS ?	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
<b>FG15.</b> EST-CE QUE (nom) ÉST EXCISÉE ?	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
<b>FG16.</b> QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVÉ ?  <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i>	Age ..... ____ NSP .....98			
<b>FG17.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ÉTÉ FAIT À (nom) À CE MOMENT-LÀ : LUI A-T-ON ENLEVÉ DES CHAIRS DE SES PARTIES GÉNITALES ?	Oui .....1 ⇒FG19 Non .....2 NSP .....8			
<b>FG18.</b> LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ SES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			

<b>FG19. LUI A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?</b>  <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?</i>	Oui .....1 Non .....2  NSP .....8			
<b>FG20. QUI A PROCÉDÉ À L'EXCISION ?</b>	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ 16  Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26  NSP .....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ 16  Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26  NSP .....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ 16  Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26  NSP .....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ 16  Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26  NSP .....98
<b>FG21.</b>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>
				<i>Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé</i> <input type="checkbox"/>

<b>FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ÊTRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAÎTRE ?</b>	Maintenu ..... 1 Disparaître ..... 2 Cela dépend..... 3 NSP ..... 8	
---	--	--

FISTULES		FI
<p><b>FI1.</b> LES FEMMES PEUVENT PARFOIS AVOIR, EN PERMANENCE, LE JOUR ET LA NUIT, UN PROBLÈME DE PERTES URINAIRES OU FÉCALES PAR LE VAGIN. CE PROBLÈME SURVIENT GÉNÉRALEMENT À LA SUITE D'UN ACCOUCHEMENT DIFFICILE, MAIS IL PEUT AUSSI SE PRODUIRE APRÈS UNE AGRESSION SEXUELLE OU APRÈS UNE OPÉRATION DU PELVIS.</p> <p>AVEZ-VOUS DÉJÀ EU, EN PERMANENCE, DURANT LE JOUR ET LA NUIT, DES PERTES URINAIRES OU FÉCALES PAR LE VAGIN ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	1⇒FI3
<p><b>FI2.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CE PROBLÈME ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
<p><b>FI3.</b> EST-CE-QUE CE PROBLÈME EST ARRIVÉ APRÈS UN ACCOUCHEMENT OU UNE FAUSSE COUCHE ?</p>	<p>Accouchement ..... 1 Fausse couche..... 2 Ni l'un ni l'autre..... 3</p>	3⇒FI5
<p><b>FI4.</b> EST-CE QUE CE PROBLÈME EST ARRIVÉ APRÈS UN TRAVAIL ET UN ACCOUCHEMENT NORMAUX OU APRÈS UN TRAVAIL ET UN ACCOUCHEMENT TRÈS DIFFICILES ?</p>	<p>Travail et Accouchement normaux ..... 1 Travail et Accouchement difficiles..... 2</p>	1⇒FI6 2⇒FI6
<p><b>FI5.</b> SELON VOUS, QU'EST-CE QUI A CAUSÉ CE PROBLÈME ?</p>	<p>Agression sexuelle ..... 1 Opération du pelvis ..... 2  Autre (<i>préciser</i>) ..... 6 NSP ..... 8</p>	8⇒FI7
<p><b>FI6.</b> COMBIEN DE JOURS APRÈS [<i>réponse à FI3 ou FI5</i>] LES PERTES ONT- ELLES COMMENCÉ ?</p> <p><i>Enregistrer 90 si 90 jours ou plus</i></p>	<p>Nombre de jours..... _ _ _ NSP ..... 98</p>	
<p><b>FI7.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ UN TRAITEMENT POUR CE PROBLÈME ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	1⇒FI9
<p><b>FI8.</b> POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHÉ DE TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister et enregistrer tout ce qui est mentionné</i></p>	<p>Ne savait pas que le problème pouvait être guéri .....A Ne savait pas où aller .....B Trop cher ..... C Lieu de prise en charge trop loin.....D Soins de mauvaise qualité .....E N'a pas eu la permission d'aller au centre..F Trop embarrassée/honteuse ..... G Problème a disparu ..... H Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	Toutes réponses ⇒Module suivant

<b>F19.</b> AUPRÈS DE QUI AVEZ-VOUS RECHERCHÉ UN TRAITEMENT EN DERNIER ?	Professionnel de la santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme ..... 12 Aide-soignant(e) ..... 13 Autre professionnel de la santé ( <i>préciser</i> )..... 16 Traditionnel Accoucheuse traditionnelle ..... 22 Tradi-praticien ..... 23 Parent(e)/Ami(e) ..... 24 Autre Traditionnel ( <i>préciser</i> )..... 26	
<b>F10.</b> AVEZ-VOUS EU UNE OPÉRATION POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>F11.</b> EST-CE-QUE LE TRAITEMENT A STOPPÉ COMPLÈTEMENT LES PERTES ?  <i>Si non, demander :</i> EST-CE QUE LE TRAITEMENT À RÉDUIT LES PERTES ?	Oui, plus de pertes du tout..... 1 Oui, mais encore quelques pertes ..... 2 Non, pertes pas stoppées du tout..... 3 N'a pas reçu de traitement..... 4	

AUTRES PROBLEMES DE SANTE		OHP
<b>OHP1.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU CANCER DU SEIN ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒OHP2
<b>OHP1A.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DU CANCER DU SEIN ?	Oui.....1 Non.....2	
<b>OHP2.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒OHP4
<b>OHP2A.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ?	Oui.....1 Non.....2	
<b>OHP4.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'HÉPATITE B ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒ Module suivant
<b>OHP4A.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DE L'HÉPATITE B ?	Oui.....1 Non.....2	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
<b>DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIÉ OU EN COLÈRE À CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIÉ QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</b>				
		Oui	Non	NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire .....	1	2	8
[B] SI ELLE NÉGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants .....	1	2	8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui .....	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels .....	1	2	8
[E] SI ELLE BRÛLE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture .....	1	2	8
[F] SI ELLE TROMPE SON MARI AVEC UN AUTRE HOMME ?	Trompe son mari.....	1	2	8

MARIAGE/UNION		MA
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉE ?	Oui, actuellement mariée..... 1 Oui, vit avec un homme..... 2 Non, pas en union..... 3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> QUEL ÂGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ?  <i>Insister:</i> QUEL ÂGE AVAIT-IL À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age en années..... __ __ NSP..... 98	
<b>MA3.</b> EN PLUS DE VOUS-MÊME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES ÉPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL ?	Nombre ..... __ __ NSP..... 98	⇒MA7 98⇒MA7
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉE ?	Oui, a été mariée ..... 1 Oui, a vécu avec un homme..... 2 Non ..... 3	3⇒Module suivant
<b>MA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE OU SÉPARÉE ?	Veuve..... 1 Divorcée..... 2 Séparée ..... 3	
<b>MA7.</b> AVEZ-VOUS ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ-VOUS VÉCU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
<b>MA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE AVEC UN HOMME ?	Date du (premier) mariage Mois ..... __ __ NSPMois..... 98	
<b>MA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE POUR LA PREMIÈRE FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Année..... __ __ __ __ NSPAnnée ..... 9998	⇒ Module suivant
<b>MA9.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age en années..... __ __	

COMPORTEMENT SEXUEL		SB
<b>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquêtée.</b>		
<b>SB1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITÉ SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLÈMES DE LA VIE.  LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.  QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIÈRE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels ..... 00  Age en années..... ____  1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire ..... 95	00⇒Module suivant
<b>SB2.</b> LA PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Ne se souvient pas..... 8	
<b>SB3.</b> QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIÈRE FOIS ?  <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, 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⇒SB15
<b>SB4.</b> LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>SB5.</b> QUELLE ÉTAIT 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: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? 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
<b>SB6. Vérifier MA1 :</b>  <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8  <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
<b>SB7.</b> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ?  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel..... ____  NSP..... 98	
<b>SB8.</b> AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒SB15

<b>SB9.</b> LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>SB10.</b> 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 ÉTIEZ 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
<b>SB11.</b> 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		
<b>SB12.</b> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ?  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel..... __ __ NSP..... 98	
<b>SB13.</b> MIS À 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
<b>SB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires ..... __ __	
<b>SB15.</b> 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..... __ __ NSP..... 98	

VIH/SIDA				HA
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.  AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?	Oui .....	1		2⇒Module suivant
	Non .....	2		
<b>HA2.</b> 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		
	NSP .....	8		
<b>HA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
	NSP .....	8		
<b>HA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
	NSP .....	8		
<b>HA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
	NSP .....	8		
<b>HA6.</b> 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		
	NSP .....	8		
<b>HA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
	NSP .....	8		
<b>HA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MÈRE À SON BÉBÉ :				
			Oui Non NSP	
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Au cours de la grossesse .....	1	2	8
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement .....	1	2	8
[C] EN ALLAITANT ?	En allaitant.....	1	2	8
<b>HA8AA.</b> Vérifier HA8. [A], [B]et [C]				
<input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9				
<input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec HA8BB				
<b>HA8BB.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX QU'UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE PEUT DONNER À UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BÉBÉ ?	Oui.....	1		
	Non.....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend.....	8		
<b>HA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE À CONTINUER D'ENSEIGNER À L'ÉCOLE ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend .....	8		

<b>HA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHÉTERIEZ DES LÉGUMES FRAIS À UN MARCHAND OU À UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ÉTAT RESTE SECRET ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRÊTE À PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MÉNAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FRÉQUENTER LA MÊME ÉCOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA13.</b> 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																						
<b>HA14.</b> 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																						
<b>HA15.</b> AU COURS D'UNE DES VISITES PRÉNATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ),  AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: [A] LES BÉBÉS QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MÈRE?  [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR ÉVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?  [C] LA POSSIBILITÉ 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 border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </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																			
<b>HA16.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRÉNATALS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
<b>HA17.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	2⇒HA22 8⇒HA22																				

<p><b>HA18.</b> QUEL QUE SOIT LE RÉSULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUÉ LE TEST SONT SUPPOSÉES RECEVOIR DES CONSEILS APRÈS AVOIR REÇU LES RÉSULTATS.</p> <p>APRES AVOIR ÉTÉ TESTÉE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>1⇒HA22</p> <p>2⇒HA22</p> <p>8⇒HA22</p>
<p><b>HA19.</b> Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒Continuer avec HA20</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24</p>		
<p><b>HA20.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTÉE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒HA24</p>
<p><b>HA21.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p><b>HA22.</b> APRÈS LE TEST EFFECTUÉ LORS DE VOTRE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN AUTRE TEST DE VIH/SIDA?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1⇒HA25</p>
<p><b>HA23.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST DU POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIÈRE FOIS ?</p>	<p>Il y a moins de 12 mois ..... 1</p> <p>Il y a 12-23 mois..... 2</p> <p>Il y a 2 ans ou plus ..... 3</p>	<p>1⇒Module suivant</p> <p>2⇒ Module suivant</p> <p>3⇒ Module suivant</p>
<p><b>HA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS DÉJÀ EFFECTUÉ UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2⇒HA27</p>
<p><b>HA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST POUR LA DERNIÈRE FOIS ?</p>	<p>Il y a moins de 12 mois ..... 1</p> <p>Il y a 12-23 mois..... 2</p> <p>Il y a 2 ans ou plus..... 3</p>	
<p><b>HA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>1⇒ Module suivant</p> <p>2⇒ Module suivant</p> <p>8⇒ Module suivant</p>
<p><b>HA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OÙ LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
<b>TA1.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière ..... 00 Age ..... ____	00⇒TA6
<b>TA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> AU COURS DES DERNIÈRES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉ?	Nombre de cigarettes ..... ____	
<b>TA5.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUMÉ DES CIGARETTES?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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	
<b>TA6.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ 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⇒TA9A
<b>TA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA9A
<b>TA8.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC À FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares ..... A Chicha ..... B Cigarillos ..... C Pipe ..... D Gbozro/M'Gbozro ..... E Autre (préciser) ..... X	
<b>TA9.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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	
<b>TA9A.</b> AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'UNE LOI QUI INTERDIT DE FUMER EN LIEU PUBLIC ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>TA10.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC À CHIQUER OU À PRISER?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒TA14
<b>TA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒TA14

<p><b>TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISÉ AU COURS DU DERNIER MOIS?</b></p> <p><i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i></p>	<p>Tabac à chiquer..... A          Tabac à priser ..... B          Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p><b>TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?</b></p> <p><i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.          Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".          Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i></p>	<p>Nombre de jours.....0 ____          10 jours ou plus mais moins d'un mois .... 10          Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30</p>	
<p><b>TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.</b></p> <p>AVEZ-VOUS DÉJÀ BU DE L'ALCOOL?</p>	<p>Oui..... 1          Non.....2</p>	2⇒Module suivant
<p><b>TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM, KOUTOUKOU, BANDJI, TCHAPALO.</b></p> <p>QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIÈRE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGÉES?</p>	<p>Jamais bu d'alcool.....00          Age ..... ____</p>	00⇒ Module suivant
<p><b>TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL?</b></p> <p><i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".          Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.          Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".          Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i></p>	<p>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</p>	00⇒ Module suivant
<p><b>TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOUR OÙ VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?</b></p>	<p>Nombre de doses ..... ____</p>	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
<p><b>LS1.</b> Vérifier WB2 : Age de la répondante entre 15 -24 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller à SCO1</p> <p><input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec LS2</p>		
<p><b>LS2.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES À PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</p> <p>PREMIÈREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES TRÈS HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRÈS MALHEUREUSE ?</p> <p>VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES.</p> <p><i>Montrer le côté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i></p>	<p>Très heureuse.....1</p> <p>Assez heureuse.....2</p> <p>Ni heureuse ni malheureuse.....3</p> <p>Assez malheureuse.....4</p> <p>Très malheureuse.....5</p>	
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFÉRENTS DOMAINES.</p> <p>POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ RÉPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ÊTES TRÈS SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRÈS INSATISFAITE.</p> <p>VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES.</p> <p><i>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.</i></p>		
<p><b>LS3.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?</p>	<p>Très satisfaite .....1</p> <p>Assez satisfaite.....2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite .....3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite.....5</p>	
<p><b>LS4.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE DE VOS AMIS?</p>	<p>Très satisfaite .....1</p> <p>Assez satisfaite.....2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite .....3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite.....5</p>	
<p><b>LS5.</b> DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ACTUELLE (2015-2016), ÊTES-VOUS ALLÉE À L'ÉCOLE ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	2⇒LS7
<p><b>LS6.</b> QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ÉCOLE?</p>	<p>Très satisfaite .....1</p> <p>Assez satisfaite.....2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite .....3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite.....5</p>	
<p><b>LS7.</b> QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?</p>	<p>N'a pas de travail .....0</p> <p>Très satisfaite .....1</p> <p>Assez satisfaite.....2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite .....3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite.....5</p>	

<b>LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
<b>LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OÙ VOUS VIVEZ?</b>  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
<b>LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?</b>  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à la famille, au voisinage et au Milieu de résidence professionnel, etc.</i>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
<b>LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
<b>LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GÉNÉRAL ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
<b>LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</b>  <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas 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	
<b>LS14. COMPARÉE À L'ANNÉE DERNIÈRE À LA MÊME ÉPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE S'EST AMÉLIORÉE, EST RESTÉE PLUS OU MOINS LA MÊME OU A EMPIRÉ?</b>	Améliorée.....1 Plus ou moins la même .....2 Empiré .....3	
<b>LS15. ET DANS UN AN, À COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MÊME OU SOIT PIRE ?</b>	Meilleure .....1 Plus ou moins la même .....2 Pire .....3	

COHESION SOCIALE		SCO
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE COHÉSION SOCIALE ET DE VIE DANS VOTRE COMMUNAUTÉ</p> <p><b>SCO1.</b> DÉFINITION DE COMMUNAUTÉ ?</p>	<p>Ma famille ..... 1</p> <p>Mon village/quartier ..... 2</p> <p>Mon groupe ethnique..... 3</p> <p>Mon groupe religieux..... 4</p> <p>Mes pairs (âge/genre)..... 5</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p> <p>NSP..... 8</p>	
<b>SCO2.</b> EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<b>SCO3.</b> EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE MAISON ?	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<b>SCO4.</b> SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTS GROUPE ETHNIQUE S FRÉQUENTENT LA MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>SCO4A.</b> SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTS RELIGIONS FRÉQUENTENT UNE MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>SCO5.</b> SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE D'AVOIR DES AMIS PROCHES QUI SONT D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>SCO6.</b> SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE DE SE MARIER AVEC QUELQU'UN D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>SCO6A.</b> SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE DE SE MARIER AVEC QUELQU'UN D'UNE AUTRE RELIGION ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<p><b>SCO7.</b> JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LE RESPECT.</p> <p>DITES-MOI SI VOUS ÊTES TOUT A FAIT D'ACCORD, D'ACCORD, PAS D'ACCORD OU PAS DU TOUT D'ACCORD OU INDIFFÉRENTE AVEC LA DÉCLARATION SUIVANTE :</p> <p>DANS NOTRE COMMUNAUTÉ, IL EST NÉCESSAIRE QUE LES DIFFÉRENTS GROUPES SE RESPECTENT LES UNS LES AUTRES.</p> <p>✓ <i>Si d'accord relancer pour savoir si tout à fait d'accord ou d'accord</i></p> <p>✓ <i>Si en désaccord relancer pour savoir si pas d'accord ou pas du tout d'accord.</i></p>	<p>Tout à fait d'accord ..... 1</p> <p>D'accord..... 2</p> <p>Pas d'accord ..... 3</p> <p>Pas du tout d'accord ..... 4</p> <p>Indifférente ..... 5</p>	

<p><b>SCO8.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER CE QUE VOUS PENSEZ AU SUJET DE DIFFÉRENTS GROUPES/PERSONNES EXPRIMANT LEURS OPINIONS. POUVEZ-VOUS ME DIRE POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, SI VOUS ACCÉPTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS QU'ILS EXPRIMENT UNE OPINION DIFFÉRENTE DE LA VOTRE ?</p> <p>[A] FILLES [B] GARÇONS [C] FEMMES [D] HOMMES [E] ADOLESCENTS/JEUNES</p>	<p style="text-align: center;">Toujours    Parfois    Jamais</p> <p>Filles            1            2            3 Garçons          1            2            3 Femmes          1            2            3 Hommes          1            2            3 Ado/jeunes      1            2            3</p>	
<p><b>SCO9.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER COMBIEN VOUS VOUS SENTEZ RESPECTÉE PAR DIFFÉRENTS GROUPES/PERSONNES.</p> <p>EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS PENSEZ QUE LES PERSONNES DES GROUPES SUIVANTS VOUS RESPECTENT TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ?</p> <p>[A] PERSONNES AGÉES/PARENTS [B] ENFANTS [C] PAIRS [D] PERSONNES DE VOTRE RELIGION/CROYANCE [E] PERSONNES D'AUTRES RELIGIONS [F] PERSONNES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE [G] PERSONNES D'AUTRES GROUPES ETHNIQUES [H] LEADERS COMMUNAUTAIRES [I] AUTORITES LOCALES</p>	<p style="text-align: center;">Tou jours    Par fois    Ja- mais    NSP</p> <p>Pers. Agées/Parents    1            2            3            8 Enfants                    1            2            3            8 Pairs                        1            2            3            8 Même religion            1            2            3            8 Autres religions         1            2            3            8 Même Groupe ethnique    1            2            3            8 Autres Groupe ethnique    1            2            3            8 Leaders Comm. Autorités locales</p>	
<p><b>SCO10.</b> LES VALEURS SONT PAR EXEMPLE NE PAS SE BATTRE, RESPECTER LES PERSONNES ÂGÉES, ETC. SELON VOUS, EST-CE QUE LES VALEURS DES PERSONNES D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE QUE LA VÔTRE SONT TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS, LES MÊMES QUE LES VÔTRES ?</p>	<p>Toujours..... 1 Parfois..... 2 Jamais..... 3</p>	

<p><b>SCO11.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER COMBIEN VOUS FAITES CONFIANCE À DES PERSONNES DE DIFFÉRENTS GROUPES. POUVEZ-VOUS ME DIRE POUR CHAQUE GROUPE SUIVANT, SI VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE:</p> <p>[A] VOTRE FAMILLE</p> <p>[B] VOS VOISINS</p> <p>[C] GENS QUE VOUS CONNAISSEZ DEPUIS LONGTEMPS</p> <p>[D] GENS QUE VOUS RENCONTREZ POUR LA PREMIÈRE FOIS</p> <p>[E] PERSONNES D'UNE AUTRE RELIGION</p> <p>[F] PERSONNES D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Totale ment</th> <th>Assez</th> <th>Pas Beau coup</th> <th>Pas du tout</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>VOISINS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>CONNAISSANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>PREMIÈRE FOIS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE RELIGION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE GROUPE ETHNIQUE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		Totale ment	Assez	Pas Beau coup	Pas du tout	FAMILLE	1	2	3	4	VOISINS	1	2	3	4	CONNAISSANCE	1	2	3	4	PREMIÈRE FOIS	1	2	3	4	AUTRE RELIGION	1	2	3	4	AUTRE GROUPE ETHNIQUE	1	2	3	4	
	Totale ment	Assez	Pas Beau coup	Pas du tout																																	
FAMILLE	1	2	3	4																																	
VOISINS	1	2	3	4																																	
CONNAISSANCE	1	2	3	4																																	
PREMIÈRE FOIS	1	2	3	4																																	
AUTRE RELIGION	1	2	3	4																																	
AUTRE GROUPE ETHNIQUE	1	2	3	4																																	
<p><b>SCO12.</b> PENSEZ- VOUS AVOIR LE POTENTIEL D'APPORTER DES CHANGEMENTS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>																																				
<p><b>SCO13.</b> EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE FAMILLE?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>																																				
<p><b>SCO13A.</b> Vérifier SCO1 : L'enquête considère-t-il principalement sa famille comme étant sa communauté ?</p> <p><input type="checkbox"/> Famille (SCO1=1) ⇒ Aller à SCO15</p> <p><input type="checkbox"/> Autres réponses (2, 3, 4, 5, 6 ou 8) ⇒ Continuer avec SCO14.</p>																																					
<p><b>SCO14.</b> EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>																																				
<p><b>SCO15.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS PRIS PART AUX ACTIVITÉS SUIVANTES :</p> <p>[A] RÉUNIONS COMMUNAUTAIRES</p> <p>[B] MOBILISATION AVEC D'AUTRES POUR PORTER UN PROBLÈME AUX AUTORITÉS</p> <p>[C] ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES INTER-ETHNIQUES</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Réunions communautaires</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Mobilisation avec autres</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Activité communautaire inter-ethnique</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Réunions communautaires	1	2	Mobilisation avec autres	1	2	Activité communautaire inter-ethnique	1	2																								
	OUI	NON																																			
Réunions communautaires	1	2																																			
Mobilisation avec autres	1	2																																			
Activité communautaire inter-ethnique	1	2																																			
<p><b>SCO16.</b> Vérifier WB2 : Age de la répondante est-il supérieur ou égal à 18 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas atteint la majorité (18 ans) ⇒ Aller à SCO17</p> <p><input type="checkbox"/> A atteint la majorité (18 ans) ⇒ Continuer avec SCO16A.</p>																																					
<p><b>SCO16A.</b> QUAND IL Y A UNE ÉLECTION, EST CE QUE VOUS VOTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS?</p>	<p>Toujours ..... 1</p> <p>Parfois ..... 2</p> <p>Jamais ..... 3</p>																																				

<p><b>SCO17.</b> EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS ÊTES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES :</p> <p>JE SUIS SATISFAIT(E) DES OPPORTUNITÉS DE REVENUS DISPONIBLES QUI S'OFFRENT À MOI.</p>	<p>D'accord..... 1 Pas d'accord ..... 2</p>																																														
<p><b>SCO18.</b> JE PENSE QUE J'AI LES MÊMES CHANCES QUE TOUT LE MONDE D'ACCÉDER À DES ACTIVITÉS GÉNÉRATRICES DE REVENUS</p>	<p>D'accord..... 1 Pas d'accord ..... 2</p>																																														
<p><b>SCO19.</b> JE VAIS NOMMER UN CERTAIN NOMBRE D'INSTITUTIONS/PERSONNES. POUR CHACUNE, POUVEZ-VOUS ME DIRE COMBIEN VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE ?</p> <p>✓ <i>Si fait confiance relancer pour savoir si fait confiance totalement ou assez confiance</i></p> <p>✓ <i>Si pas confiance relancé pour savoir si pas beaucoup ou pas du tout</i></p> <p>[A] LEADERS RELIGIEUX/COMMUNAUTAIRES</p> <p>[B] ENSEIGNANTS/PROFESSEURS</p> <p>[C] AGENTS DE SANTE</p> <p>[D] ÉLUS (MAIRE, CONSEIL RÉGIONAL, GOUVERNEUR DE DISTRICT)</p> <p>[E] LES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT</p> <p>[F] PARLEMENT</p> <p>[G] POLICE/GENDARMERIE</p> <p>[H] JUSTICE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Total Ement</th> <th>Assez</th> <th>Pas Beau coup</th> <th>Pas du tout</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Leaders</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Enseignants</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Agent de santé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Elus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Fonct.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Parlement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Police/Gendarme</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>Justice</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		Total Ement	Assez	Pas Beau coup	Pas du tout	Leaders	1	2	3	4	Enseignants	1	2	3	4	Agent de santé	1	2	3	4	Elus	1	2	3	4	Fonct.	1	2	3	4	Parlement	1	2	3	4	Police/Gendarme	1	2	3	4	Justice	1	2	3	4	
	Total Ement	Assez	Pas Beau coup	Pas du tout																																											
Leaders	1	2	3	4																																											
Enseignants	1	2	3	4																																											
Agent de santé	1	2	3	4																																											
Elus	1	2	3	4																																											
Fonct.	1	2	3	4																																											
Parlement	1	2	3	4																																											
Police/Gendarme	1	2	3	4																																											
Justice	1	2	3	4																																											
<p><b>SCO20.</b> QUEL EST LE MOYEN PRINCIPAL LE PLUS COMMUN AVEC LEQUEL VOTRE COMMUNAUTÉ RÉSOUT LES CONFLITS ?</p>	<p>Aller à la police/gendarmerie ..... 1 Aller vers les anciens..... 2 Aller vers les médiateurs communautaires..... 3 Aller vers les leaders locaux..... 4 Aller vers les autorités ..... 5</p> <p>Autre (préciser) _____ 6</p> <p>NSP..... 8</p>																																														
<p><b>SCO21.</b> EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE LES MEMBRES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE SONT ÉCOUTÉS PENDANT LES PROCESSUS DE RÉOLUTION DE CONFLITS ?</p>	<p>Toujours..... 1 Parfois..... 2 Jamais..... 3 NSP..... 8</p>																																														

<p><b>WM11.</b> Enregistrer l'heure.</p>	<p>Heure et minutes ____ : ____</p>	
--	-------------------------------------	--

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DE LA FEMME NON ENCEINTE		WAN
<p>Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque femme. Vérifier le nom et le numéro de ligne de la femme dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
<p><b>WAN1A.</b> Vérifier CPI : Est enceinte  <input type="checkbox"/> Oui, ⇒ Fin du questionnaire  <input type="checkbox"/> Non, ⇒ Continuer avec WAN1</p>		
<b>WAN1.</b> Nom et code du mesureur :	Nom _____	
<b>WAN2.</b> Résultat des mesures de la taille et du poids	Une ou les deux mesures..... 1	
	Femme non présente ..... 2	2 ⇒ WM12
	Femme a refusé ..... 3	3 ⇒ WM12
	Autre (préciser) _____ 6	6 ⇒ WM12
<b>WAN3.</b> Poids de la femme	Kilogrammes (kg) ..... _____	
	Poids non mesuré ..... 999,9	
<b>WAN4.</b> Grandeur ou taille de la femme	Grandeur/Taille (cm) ..... _____	
	Grandeur/Taille pas mesurée..... 999,9	

**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 ?

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 enquêtée.

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.

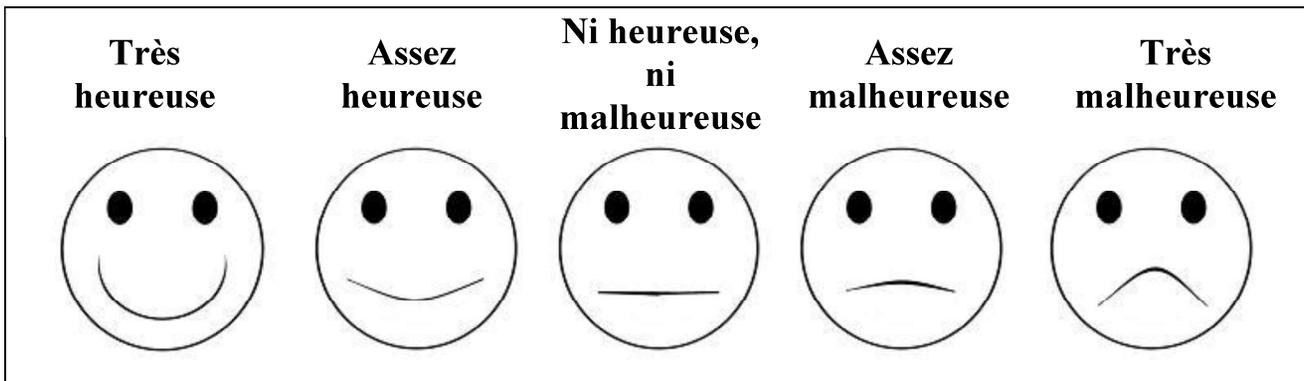
**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations du Chef d'équipe**

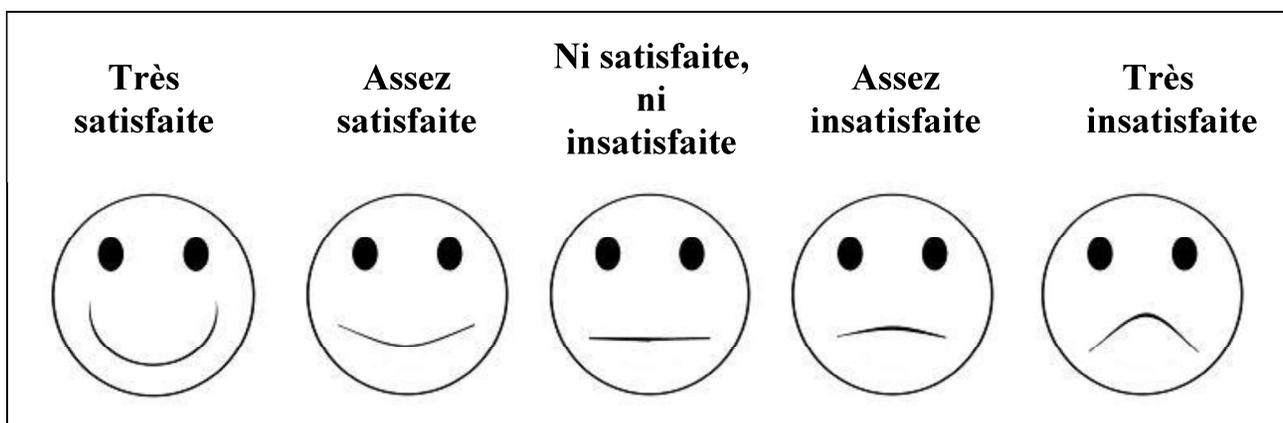
**Observations du superviseur**

**CARTE-RÉPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :**

**COTÉ 1**



**COTÉ 2**



**1.MAMAN VA AU MARCHÉ.**

**2.MAMAN PILE DU FOUTOU BANANE ET DU  
MANIOC.**

**3.LA CALEBASSE D'AKISSI S'EST CASSÉE HIER  
SOIR SUR LA ROUTE DU MARIGOT.**



**Côte d'Ivoire, 2016**  
**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME DE 15-49 ANS**  
**Ce questionnaire est strictement confidentiel.**



PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME		MWM
<i>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.</i>		
MWM1. Numéro de grappe : _____	MWM2. Numéro de ménage : _____	
MWM3. Nom de l'homme : Nom _____	MWM4. Numéro de ligne de l'homme : _____	
MWM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016	

<p><i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquête :</i></p> <p><b>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). 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 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</b></p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i></p> <p><b>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES</b></p>
<p><b>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>	

MWM7. Résultat de l'enquête Homme	Rempli.....	01
	Pas à la maison .....	02
	Refus.....	03
	Partiellement rempli .....	04
	Incapacité.....	05
	Autre ( <i>préciser</i> ) .....	96

MWM8. Nom et numéro du Chef d'équipe : Nom _____
---

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

CARACTÉRISTIQUES DE L'HOMME		MWB
<b>MWB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois..... _ _ NSP mois ..... 98  Année ..... _ _ _ _ NSP année..... 9998	
<b>MWB2.</b> 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>	Age (en années révolues)..... _ _	
<b>MWB2A.</b> QUELLE EST VOTRE RELIGION ?	Catholique..... 11 Evangélique..... 12 Méthodiste..... 13 Céleste..... 14 Harriste..... 15 Autre religion chrétienne (préciser)..... 16  Musulman..... 21  Animiste..... 31  Pas de religion..... 41  Autre religion (préciser)..... 96	
<b>MWB2B.</b> À QUELLE GROUPE ETHNIQUE APPARTENEZ-VOUS ?  <i>Classer l'Groupe ethnique déclarée dans le groupe auquel il appartient puis encercler le code qui correspond.</i>  <i>Si c'est un naturalisé, encercler le code 16</i>  <i>Si c'est une Groupe ethnique Ethnie non ivoirien(ne), encercler 21 et préciser son pays d'origine</i>	Akan..... 11 Krou..... 12 Mandé du Sud..... 13 Mandé du Nord..... 14 Gur..... 15  Autre ivoirien(ne)..... 16  Groupe ethnique Ethnie non ivoirien(ne) (préciser pays) ..... 21	
<b>MWB3.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MWB7
<b>MWB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Préscolaire..... 0 Primaire..... 1 Secondaire..... 2 Supérieur..... 3	0⇒MWB7
<b>MWB5.</b> QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHÉVÉE À CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe du niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/Classe..... _ _	
<b>MWB6.</b> Vérifier MWB4 :		
<input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire (MWB4 = 1) ⇒ Continuer avec MWB7		

CARACTÉRISTIQUES DE L'HOMME		MWB
<p><b>MWB7.</b> J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.</p> <p><i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêté. Si l'enquêté ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i></p> <p>POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?</p>	Ne peut pas lire du tout.....	1
	Peut lire certaines parties .....	2
	Peut lire la phrase entière .....	3
	Pas de phrase dans la langue de l'enquêté _____ <i>(préciser langue)</i>	4
	Aveugle/sourd-muet/problème de vue .....	5

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MMT
<b>MMT1. Vérifier MWB7 :</b> <input type="checkbox"/> Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MMT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (MBW7 = 2,3 ou 4) ⇒ Continuer avec MMT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (MBW7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MMT3		
<b>MMT2. A QUELLE FRÉQUENCE 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?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MMT3. VOUS ÉCOUTEZ LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MMT4. A QUELLE FRÉQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TÉLÉVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MMT5. Vérifier MWB2 : Age du répondant ?</b> <input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec MMT6 <input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller au Module suivant		
<b>MMT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MMT9
<b>MMT7. AVEZ- VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MMT9
<b>MMT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, À QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	
<b>MMT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>MMT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET?</b>  <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
<b>MMT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout..... 4	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		MDV		
<b>MDV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIÉ OU EN COLÈRE À CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. À VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIÉ QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</b>				
		Oui	Non	NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[B] SI ELLE NÉGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute .....	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
[E] SI ELLE BRÛLE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[F] SI ELLE TROMPE SON MARI AVEC UN AUTRE HOMME ?	Trompe son mari .....	1	2	8

MARIAGE/UNION		MMA
<b>MMA1.</b> ETES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ ?	Oui, actuellement marié..... 1 Oui, vit avec une femme..... 2 Non, pas en union..... 3	3⇒MMA5
<b>MMA3.</b> AVEZ-VOUS D'AUTRES ÉPOUSES OU VIVEZ-VOUS AVEC D'AUTRES FEMMES COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ ?	Oui (plus d'une femme) ..... 1 Non (seulement une femme) ..... 2	2⇒MMA7
<b>MMA4.</b> COMBIEN D'AUTRES ÉPOUSES / FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ AVEZ-VOUS ?	Nombre ..... __ __	⇒MMA8B
<b>MMA5.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ OU AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ ?	Oui, a été marié ..... 1 Oui, a vécu avec une femme..... 2 Non ..... 3	3 ⇒ Module suivant
<b>MMA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUF, DIVORCÉ OU SÉPARÉ ?	Veuf..... 1 Divorcé..... 2 Séparé ..... 3	
<b>MMA7.</b> AVEZ-VOUS ÉTÉ MARIÉ OU AVEZ-VOUS VÉCU AVEC UNE FEMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒MMA8A 2⇒MMA8B
<b>MMA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉ OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ ?	Date du premier mariage Mois ..... __ __ NSP mois..... 98	
<b>MMA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉ POUR LA PREMIÈRE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE POUR LA PREMIÈRE FOIS AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ	Année ..... __ __ __ __ NSP année ..... 9998	⇒ Module suivant
<b>MMA9.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE (PREMIÈRE) ÉPOUSE/PARTENAIRE ?	Age en années..... __ __	

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
<i>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquêté.</i>		
<p><b>MSB1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITÉ SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLÈMES DE LA VIE.</p> <p>LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIÈRE FOIS ?</p>	<p>N'a jamais eu de rapports sexuels ..... 00</p> <p>Age en années ..... __ __</p> <p>1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire ..... 95</p>	00⇒ Module suivant
<p><b>MSB2.</b> LA PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP / Ne se souvient pas ..... 8</p>	
<p><b>MSB3.</b> QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIÈRE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i></p>	<p>Il y a ... jours ..... 1 __ __</p> <p>Il y a ... semaines..... 2 __ __</p> <p>Il y a ... mois ..... 3 __ __</p> <p>Il y a ... ans ..... 4 __ __</p>	4⇒MSB15
<p><b>MSB4.</b> LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p><b>MSB5.</b> QUELLE ÉTAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i></p> <p><i>Si 'petite amie', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Epouse/femme ..... 1</p> <p>Partenaire cohabitante ..... 2</p> <p>Petite amie ..... 3</p> <p>Rencontre occasionnelle ..... 4</p> <p>Prostituée ..... 5</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p>	
<p><b>MSB8.</b> AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	2⇒MSB15
<p><b>MSB9.</b> LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
<p><b>MSB10.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i></p> <p><i>Si 'petite amie', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Epouse/femme ..... 1</p> <p>Partenaire cohabitante ..... 2</p> <p>Petite amie ..... 3</p> <p>Rencontre occasionnelle ..... 4</p> <p>Prostituée ..... 5</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p>	
<p><b>MSB13.</b> MIS À PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	2⇒MSB15
<p><b>MSB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Nombre de partenaires ..... _ _</p>	
<p><b>MSB15.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?</p> <p><i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i></p> <p><i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i></p>	<p>Nombre de partenaires au cours de la vie ..... _ _</p> <p>NSP ..... 98</p>	

VIH/SIDA		MHA
<b>MHA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant
AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?		
<b>MHA2.</b> 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 NSP..... 8	
<b>MHA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>MHA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>MHA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>MHA6.</b> 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 NSP..... 8	
<b>MHA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>MHA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MÈRE À SON BÉBÉ :		
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?		O N NSP Au cours de la grossesse ..... 1 2 8
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?		Pendant l'accouchement ..... 1 2 8
[C] EN ALLAITANT ?		En allaitant ..... 1 2 8
<b>MHA8AA.</b> Vérifier MHA8. [A], [B] et [C]		
<input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à MHA9		
<input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec MHA8BB		
<b>MHA8BB.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MÉDICAMENTS SPÉCIAUX QU'UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE PEUT DONNER À UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR RÉDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BÉBÉ ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
<b>MHA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE À CONTINUER D'ENSEIGNER À L'ÉCOLE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend..... 8	

VIH/SIDA		MHA
<b>MHA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHÈTERIEZ DES LÉGUMES FRAIS À UN MARCHAND OU À UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1	
	Non ..... 2	
	NSP / Pas sûr / Ça dépend..... 8	
<b>MHA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ÉTAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui..... 1	
	Non ..... 2	
	NSP / Pas sûr / Ça dépend..... 8	
<b>MHA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRÊT À PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MÉNAGE ?	Oui..... 1	
	Non ..... 2	
	NSP / Pas sûr / Ça dépend..... 8	
<b>MHA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FRÉQUENTER LA MÊME ÉCOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1	
	Non..... 2	
	NSP / Pas sûr / Ça dépend..... 8	
<b>MHA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS DÉJÀ EFFECTUÉ UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1	2⇒MHA27
	Non ..... 2	
<b>MHA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST POUR LA DERNIÈRE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1	
	Il y a 12-23 mois..... 2	
	Il y a 2 ans ou plus..... 3	
<b>MHA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
	Non ..... 2	
	NSP..... 8	
<b>MHA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OÙ LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1	
	Non ..... 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
<b>MTA1.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA2.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière..... 00 Age..... ____	00⇒MTA6
<b>MTA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA4.</b> AU COURS DES DERNIÈRES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉ?	Nombre de cigarettes..... ____	
<b>MTA5.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUMÉ DES CIGARETTES?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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	
<b>MTA6.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ 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⇒TA9A
<b>MTA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA9A
<b>MTA8.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC À FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares.....A Chicha.....B Cigarillos.....C Pipe.....D Gbozro/M'Gbozro.....E  Autre (à préciser).....X	
<b>MTA9.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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	
<b>MTA9A.</b> AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'UNE LOI QUI INTERDIT DE FUMER EN LIEU PUBLIC ?	Oui..... 1 Non..... 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
<b>MTA10.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC À CHIQUER OU À PRISER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MTA14
<b>MTA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MTA14
<b>MTA12.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS CONSOMMÉ AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encerlez tout ce qui est mentionné</i>	Tabac à chiquer ..... A Tabac à priser ..... B  Autre (à spécifier) _____ X	
<b>MTA13.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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	
<b>MTA14.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.  AVEZ-VOUS DÉJÀ BU DE L'ALCOOL ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
<b>MTA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM, KOUTOUKOU, BANDJI, TCHAPALO.  QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIÈRE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGÉES ?	Jamais bu d'alcool ..... 00 Age..... ____	00 ⇒ Module suivant
<b>MTA16.</b> 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". Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". 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
<b>MTA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OÙ VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses..... ____	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
<b>MLS1.</b> Vérifier MWB2 : Age du répondant entre 15 -24 ans ? <input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller à MSC01 <input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec MLS2		
<b>MLS2.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES À PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.  PREMIÈREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES TRÈS HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRÈS MALHEUREUX ?  VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES.  <i>Montrer le côté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête.</i>	Très heureux ..... 1 Assez heureux..... 2 Ni heureux ni malheureux ..... 3 Assez malheureux..... 4 Très malheureux..... 5	
MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFÉRENTS DOMAINES.  POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ RÉPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ÊTES TRÈS SATISFAIT, ASSEZ SATISFAIT, NI SATISFAIT NI INSATISFAIT, ASSEZ INSATISFAIT OU TRÈS INSATISFAIT.  VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES.  <i>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.</i>		
<b>MLS3.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS4.</b> 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	
<b>MLS5.</b> DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ACTUELLE (2015-2016), ÊTES-VOUS ALLÉ À L'ÉCOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MLS7
<b>MLS6.</b> QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ÉCOLE?	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS7.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail..... 0 Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
<b>MLS8</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTÉ ?	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait ..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait ..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS9.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OÙ VOUS VIVEZ?  <i>Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait ..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait ..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS10.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à la famille, au voisinage et au Milieu de résidence professionnel, ...etc</i>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait ..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait ..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS11.</b> 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 insatisfait ..... 5	
<b>MLS12.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GÉNÉRAL ?	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait ..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait ..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS13.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?  <i>Si l'enquête répond qu'il n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas 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 satisfait ..... 1 Assez satisfait ..... 2 Ni satisfait ni insatisfait ..... 3 Assez insatisfait ..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS14.</b> COMPARÉ À L'ANNÉE DERNIÈRE À LA MÊME ÉPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE S'EST AMÉLIORÉE, EST RESTÉE PLUS OU MOINS LA MÊME OU A EMPIRÉ ?	Améliorée ..... 1 Plus ou moins la même ..... 2 Empiré ..... 3	
<b>MLS15.</b> ET DANS UN AN, À COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MÊME OU SERA PIRE ?	Meilleure ..... 1 Plus ou moins la même ..... 2 Pire ..... 3	

COHESION SOCIALE		SCO
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE COHESION SOCIALE ET DE VIE DANS VOTRE COMMUNAUTE</p> <p><b>MSCO1. DEFINITION DE COMMUNAUTE ?</b></p>	<p>Ma famille..... 1</p> <p>Mon village/quartier ..... 2</p> <p>Mon groupe ethnique..... 3</p> <p>Mon groupe religieux ..... 4</p> <p>Mes pairs (age/genre)..... 5</p> <p>Autre (<i>preciser</i>) ..... 6</p> <p>NSP..... 8</p>	
<b>MSCO2. EN GENERAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DANS VOTRE COMMUNAUTE?</b>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<b>MSCO3. EN GENERAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DANS VOTRE MAISON ?</b>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<b>MSCO4. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFERENTES GROUPE ETHNIQUE S FREQUENTENT LA MEME ECOLE ?</b>	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>MSCO4A. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFERENTES RELIGIONS FREQUENTENT UNE MEME ECOLE ?</b>	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>MSCO5. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE D'AVOIR DES AMIS PROCHES QUI SONT D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE ?</b>	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>MSCO6. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE DE SE MARIER AVEC QUELQU'UN D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE ?</b>	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<b>MSCO6A. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE DE SE MARIER AVEC QUELQU'UN D'UNE AUTRE RELIGION ?</b>	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
<p><b>MSCO7. JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LE RESPECT. DITES-MOI SI VOUS ETES TOUT A FAIT D'ACCORD, D'ACCORD, PAS D'ACCORD OU PAS DU TOUT D'ACCORD OU INDIFFERENTE AVEC LA DECLARATION SUIVANTE :</b></p> <p>DANS NOTRE COMMUNAUTE, IL EST NECESSAIRE QUE LES DIFFERENTS GROUPES SE RESPECTENT LES UNS LES AUTRES.</p> <p>✓ <i>Si d'accord relancer pour savoir si tout a fait d'accord ou d'accord</i></p> <p>✓ <i>Si en desaccord relancer pour savoir si pas d'accord ou pas du tout d'accord.</i></p>	<p>Tout à fait d'accord ..... 1</p> <p>D'accord..... 2</p> <p>Pas d'accord ..... 3</p> <p>Pas du tout d'accord ..... 4</p> <p>Indifferente..... 5</p>	

COHESION SOCIALE		SCO			
<p><b>MSCO8.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER CE QUE VOUS PENSEZ AU SUJET DE DIFFÉRENTS GROUPES/PERSONNES EXPRIMANT LEURS OPINIONS. POUVEZ-VOUS ME DIRE POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, SI VOUS ACCEPTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS QU'ILS EXPRIMENT UNE OPINION DIFFÉRENTE DE LA VOTRE ?</p>		Toujours	Parfois	Jamais	
[A] FILLES	Filles	1	2	3	
[B] GARÇONS	Garçons	1	2	3	
[C] FEMMES	Femmes	1	2	3	
[D] HOMMES	Hommes	1	2	3	
[E] ADOLESCENTS/JEUNES	Ado/jeunes	1	2	3	
<p><b>MSCO9.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER COMBIEN VOUS VOUS SENTEZ RESPECTÉE PAR DIFFÉRENTS GROUPES/PERSONNES.</p> <p>EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS PENSEZ QUE LES PERSONNES DES GROUPES SUIVANTS VOUS RESPECTENT TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ?</p>		Toujours	Parfois	Jamais	NSP
[A] PERSONNES AGÉES/PARENTS	Pers. Agées/Parents	1	2	3	8
[B] ENFANTS	Enfants	1	2	3	8
[C] PAIRS	Pairs	1	2	3	8
[D] PERSONNES DE VOTRE RELIGION/CROYANCE	Même religion	1	2	3	8
[E] PERSONNES D'AUTRES RELIGIONS	Autres religions	1	2	3	8
[F] PERSONNES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE	Même Groupe ethnique	1	2	3	8
[G] PERSONNES D'AUTRES GROUPES ETHNIQUES	Autres Groupe ethnique s	1	2	3	8
[H] LEADERS COMMUNAUTAIRES	Leaders Comm.	1	2	3	8
[I] AUTORITES LOCALES	Autorités locales	1	2	3	8
<p><b>MSCO10.</b> LES VALEURS SONT PAR EXEMPLE NE PAS SE BATTRE, RESPECTER LES PERSONNES ÂGÉES, ETC. SELON VOUS, EST-CE QUE LES VALEURS DES PERSONNES D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE QUE LA VÔTRE SONT TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS, LES MÊMES QUE LES VÔTRES ?</p>		Toujours.....	Parfois.....	Jamais.....	1 2 3

COHESION SOCIALE		SCO			
<p><b>MSCO11.</b> JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER COMBIEN VOUS FAITES CONFIANCE À DES PERSONNES DE DIFFÉRENTS GROUPES. POUVEZ-VOUS ME DIRE POUR CHAQUE GROUPE SUIVANT, SI VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE:</p>		Totalement	Assez	Pas Beaucoup	Pas du tout
[A] VOTRE FAMILLE	FAMILLE	1	2	3	4
[B] Vos VOISINS	VOISINS	1	2	3	4
[C] GENS QUE VOUS CONNAISSEZ DEPUIS LONGTEMPS	CONNAISSANCE	1	2	3	4
[D] GENS QUE VOUS RENCONTREZ POUR LA PREMIÈRE FOIS	PREMIÈRE FOIS	1	2	3	4
[E] PERSONNES D'UNE AUTRE RELIGION	AUTRE RELIGION	1	2	3	4
[F] PERSONNES D'UNE AUTRE GROUPE ETHNIQUE	AUTRE GROUPE ETHNIQUE	1	2	3	4
<p><b>MSCO12.</b> PENSEZ- VOUS AVOIR LE POTENTIEL D'APPORTER DES CHANGEMENTS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ ?</p>	Oui .....	1			
	Non .....	2			
<p><b>MSCO13.</b> EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE FAMILLE?</p>	Oui .....	1			
	Non .....	2			
<p><b>MSCO13A.</b> Vérifier MSCO1 : L'enquête considère-t-il principalement sa famille comme étant sa communauté ?</p> <p><input type="checkbox"/> Famille (MSCO1=1) ⇒ Aller à MSCO15</p> <p><input type="checkbox"/> Autres réponses (2, 3, 4, 5, 6 ou 8) ⇒ Continuer avec MSCO14.</p>					
<p><b>MSCO14.</b> EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?</p>	Oui .....	1			
	Non .....	2			
<p><b>MSCO15.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS PRIS PART AUX ACTIVITÉS SUIVANTES :</p>			OUI	NON	
[A] RÉUNIONS COMMUNAUTAIRES	Réunions communautaires		1	2	
[B] MOBILISATION AVEC D'AUTRES POUR PORTER UN PROBLÈME AUX AUTORITÉS	Mobilisation avec autres		1	2	
[C] ACTIVITÉS COMMUNAUTAIRES INTER-ETHNIQUES	Activité communautaire inter-ethnique		1	2	
<p><b>MSCO16.</b> Vérifier MWB2 : Age du répondant est-il supérieur ou égal à 18 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> N'a pas atteint la majorité (18 ans) ⇒ Aller à MSCO17</p> <p><input type="checkbox"/> A atteint la majorité (18 ans) ⇒ Continuer avec MSCO16A.</p>					
<p><b>MSCO16A.</b> QUAND IL Y A UNE ÉLECTION, EST CE QUE VOUS VOTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS?</p>	Toujours .....	1			
	Parfois .....	2			
	Jamais .....	3			

COHESION SOCIALE		SCO																																																								
<p><b>MSCO17.</b> EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS ÊTES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES :</p> <p>JE SUIS SATISFAIT(E) DES OPPORTUNITÉS DE REVENUS DISPONIBLES QUI S'OFFRENT À MOI.</p>	<p>D'accord..... 1</p> <p>Pas d'accord ..... 2</p>																																																									
<p><b>MSCO18.</b> JE PENSE QUE J'AI LES MÊMES CHANCES QUE TOUT LE MONDE D'ACCÉDER À DES ACTIVITÉS GÉNÉRATRICES DE REVENUS</p>	<p>D'accord..... 1</p> <p>Pas d'accord ..... 2</p>																																																									
<p><b>MSCO19.</b> JE VAIS NOMMER UN CERTAIN NOMBRE D'INSTITUTIONS/PERSONNES. POUR CHACUNE, POUVEZ-VOUS ME DIRE COMBIEN VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE ?</p> <p>✓ <i>Si fait confiance relancer pour savoir si fait confiance totalement ou assez confiance</i></p> <p>✓ <i>Si pas confiance relancé pour savoir si pas beaucoup ou pas du tout</i></p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Totale- ment</th> <th>As- sez</th> <th>Pas Beau coup</th> <th>Pas du tout</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] LEADERS RELIGIEUX/COMMUNAUTAIRES</td> <td>Leaders</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[B] ENSEIGNANTS/PROFESSEURS</td> <td>Enseignants</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[C] AGENTS DE SANTE</td> <td>Agent de santé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[D] ELUS (MAIRE, CONSEIL RÉGIONAL, GOUVERNEUR DE DISTRICT)</td> <td>Elus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[E] LES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT</td> <td>Fonct.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[F] PARLEMENT</td> <td>Parlement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[G] POLICE/GENDARMERIE</td> <td>Police/Gendarme</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> <tr> <td>[H] JUSTICE</td> <td>Justice</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>		Totale- ment	As- sez	Pas Beau coup	Pas du tout	[A] LEADERS RELIGIEUX/COMMUNAUTAIRES	Leaders	1	2	3	4	[B] ENSEIGNANTS/PROFESSEURS	Enseignants	1	2	3	4	[C] AGENTS DE SANTE	Agent de santé	1	2	3	4	[D] ELUS (MAIRE, CONSEIL RÉGIONAL, GOUVERNEUR DE DISTRICT)	Elus	1	2	3	4	[E] LES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT	Fonct.	1	2	3	4	[F] PARLEMENT	Parlement	1	2	3	4	[G] POLICE/GENDARMERIE	Police/Gendarme	1	2	3	4	[H] JUSTICE	Justice	1	2	3	4				
	Totale- ment	As- sez	Pas Beau coup	Pas du tout																																																						
[A] LEADERS RELIGIEUX/COMMUNAUTAIRES	Leaders	1	2	3	4																																																					
[B] ENSEIGNANTS/PROFESSEURS	Enseignants	1	2	3	4																																																					
[C] AGENTS DE SANTE	Agent de santé	1	2	3	4																																																					
[D] ELUS (MAIRE, CONSEIL RÉGIONAL, GOUVERNEUR DE DISTRICT)	Elus	1	2	3	4																																																					
[E] LES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT	Fonct.	1	2	3	4																																																					
[F] PARLEMENT	Parlement	1	2	3	4																																																					
[G] POLICE/GENDARMERIE	Police/Gendarme	1	2	3	4																																																					
[H] JUSTICE	Justice	1	2	3	4																																																					
<p><b>MSCO20.</b> QUEL EST LE MOYEN PRINCIPAL LE PLUS COMMUN AVEC LEQUEL VOTRE COMMUNAUTÉ RÉSOUT LES CONFLITS?</p>	<p>Aller à la police/gendarmerie ..... 1</p> <p>Aller vers les anciens..... 2</p> <p>Aller vers les médiateurs communautaires..... 3</p> <p>Aller vers les leaders locaux ..... 4</p> <p>Aller vers les autorités ..... 5</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 6</p> <p>NSP ..... 8</p>																																																									
<p><b>MSCO21.</b> EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE LES MEMBRES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE SONT ÉCOUTÉS PENDANT LES PROCESSUS DE RÉOLUTION DE CONFLITS ?</p>	<p>Toujours ..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p> <p>NSP ..... 8</p>																																																									

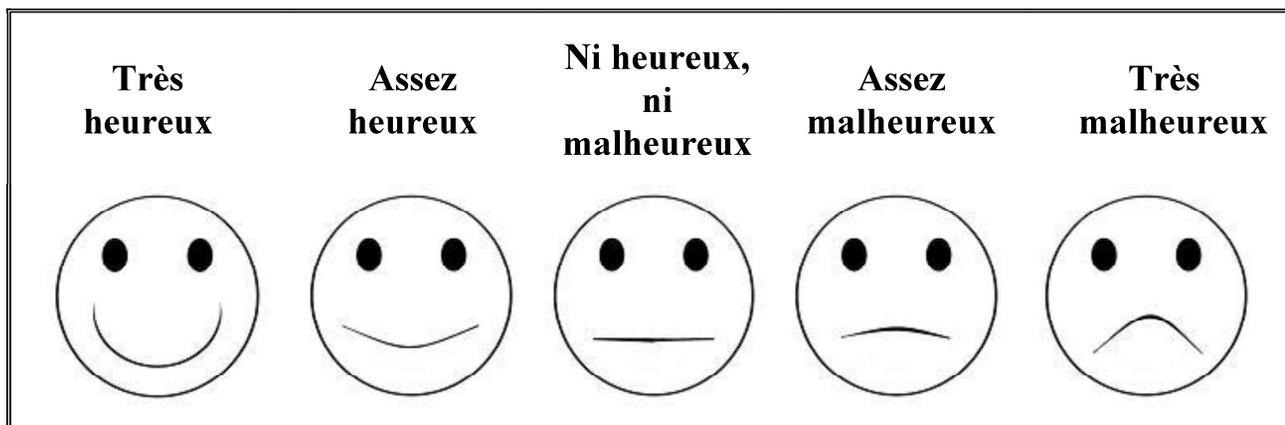
<p><b>MWM11.</b> Enregistrer l'heure</p>	<p>Heure et minutes..... : ..</p>
--	-----------------------------------

**Observations du Chef d'équipe**

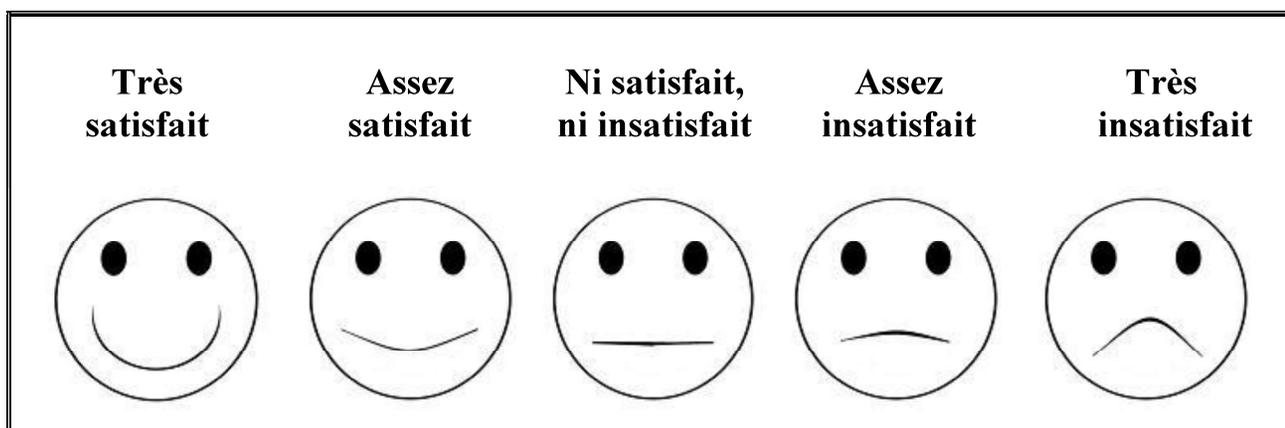
**Observations du Superviseur**

**CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE**

**CARTE COTÉ 1**



**CARTE COTÉ 2**



**4.MAMAN VA AU MARCHÉ.**

**5.MAMAN PILE DU FOUTOU BANANE ET DU  
MANIOC.**

**6.LA CALEBASSE D'AKISSI EST CASSÉE HIER SOIR  
SUR LA ROUTE DU MARIGOT.**

**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT DE MOINS DE 5 ANS**

**Ce questionnaire est strictement confidentiel.**



PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou personnes en charge des enfants (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.</i></p>		
<b>UF1.</b> Numéro de grappe : _____	<b>UF2.</b> Numéro de ménage : _____	
<b>UF3.</b> Nom de l'enfant : Nom _____	<b>UF4.</b> Numéro de ligne de l'enfant : _____	
<b>UF5.</b> Nom de la mère / personne en charge de l'enfant : Nom _____	<b>UF6.</b> Numéro de ligne de la mère / personne en charge de l'enfant : _____	
<b>UF7.</b> Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	<b>UF8.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016	

<p><i>Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p><b>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). 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 30MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</b></p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:</i></p> <p><b>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</b></p>
<p><b>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>	

<b>UF9.</b> Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :  <i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne).</i>	Rempli.....01 Pas à la maison .....02 Refusé .....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité .....05  Autre (préciser) _____ 96
--	--

<b>UF10.</b> Nom et numéro du chef d'équipe :  Nom _____
--

<b>UF12.</b> <i>Enregistrer l'heure.</i>	Heure et minutes..... __ : __	
--	-------------------------------	--

AGE	AG	
<p><b>AG1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DÉVELOPPEMENT ET LA SANTÉ DE (<i>Prénom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE (<i>Prénom</i>) EST-IL/ELLE NÉ/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/personne en charge de l'enfant connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour</i></p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ..... __</p> <p>NSP Jour ..... 98</p> <p>Mois ..... __</p> <p>Année ..... 2 0 1 __</p>	
<p><b>AG2.</b> QUEL ÂGE A (<i>Prénom</i>) ?</p> <p><i>Insister : QUEL ÂGE A EU (<i>Prénom</i>) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</i></p> <p><i>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) ..... __</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<b>BR1.</b> ( <i>Prénom</i> )A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?  <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu ..... 1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu ..... 2	
	Non ..... 3	
	NSP ..... 8	
<b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE ( <i>Prénom</i> ) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE DANS UN CENTRE D'ÉTAT CIVIL ?	Oui ..... 1	1⇒ Module Suivant
	Non ..... 2	
<b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE ( <i>Prénom</i> ) ?	Oui ..... 1	
	Non ..... 2	
<b>BR3A.</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON DU NON ENREGISTREMENT (DE LA NON DÉCLARATION) DE L'ENFANT À L'ÉTAT CIVIL ?	Eloignement des centres d'enregistrement 01	
	Manque de moyens ..... 02	
	Ne voit pas l'intérêt ..... 03	
	Ne sait pas comment déclarer ..... 04	
	N'a pas le temps ..... 05	
	Pratiques néfaste dans les centres ..... 06	
	Autres (à préciser) ..... 96	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p><b>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (Prénom) ?</b></p>	<p>Aucun .....00</p> <p>Nombre de livres d'enfant .....0__</p> <p>Dix livres ou plus .....10</p>	
<p><b>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (Prénom) UTILISÉ POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</b></p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MÉNAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVÉS DEHORS (COMME DES BÂTONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison .....1 2 8</p> <p>Jouets de magasin .....1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors .....1 2 8</p>	
<p><b>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.</b></p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ:</p> <p>[A] LAISSÉ SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSÉ À LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-À-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure.....__</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.....__</p>	
<p><b>EC4. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</b></p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>		
<p><b>EC5. (Prénom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE ÉDUCATIF OU UNE CLASSE D'ÉVEIL, DANS UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</b></p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p> <p>NSP .....8</p>	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT				EC	
<p><b>EC7.</b> PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPÉ AVEC (<i>nom</i>) À L'UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPÉ À CETTE ACTIVITÉ AVEC (<i>Prénom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES À (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS À (<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 RÉSIDENCE, 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>Prénom</i>) ?</p>					
		Mère	Père	Autre	Pers- son- ne
	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><b>EC8.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTÉ ET LE DÉVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DÉVELOPPENT PAS TOUS DE MANIÈRE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS À LA MÊME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TÔT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DÉVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) CONNAÎT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>				
<p><b>EC9.</b> EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>				
<p><b>EC10.</b> EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT CITER ET RECONNAÎTRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 À 10 ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>				
<p><b>EC11.</b> EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>				
<p><b>EC12.</b> EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>				

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<b>EC13.</b> EST-CE QUE ( <i>Prénom</i> ) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLS INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>EC14.</b> QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE À FAIRE À ( <i>Prénom</i> ), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIÈRE INDÉPENDANTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>EC15.</b> EST-CE QUE ( <i>Prénom</i> ) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>EC16.</b> EST-CE QUE ( <i>Prénom</i> ) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
<b>EC17.</b> EST-CE QUE ( <i>Prénom</i> ) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD																																				
<b>BD1. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</b> <input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2  <input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES																																						
<b>BD2. EST-CE QUE (Prénom) A ÉTÉ ALLAITE ?</b>	Oui.....1 Non.....2  NSP.....8	2⇒BD4  8⇒BD4																																				
<b>BD3. EST-CE QUE (Prénom) EST ENCORE ALLAITE ?</b>	Oui.....1 Non.....2																																					
<b>BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?</b>	Oui.....1 Non.....2  NSP.....8																																					
<b>BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE) ?</b>	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																																					
<b>BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLÉMENTS MINÉRAUX OU N'IMPORTE QUEL MÉDICAMENT ?</b>	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																																					
<b>BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (Prénom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A RECU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMÉS EN DEHORS DE LA MAISON.</b>  EST-CE QUE (Prénom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT: [A] DE L'EAU SIMPLE? [B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS? [C] DU BOUILLON CLAIR/SOUBE CLAIRE? [D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?  <i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i> [E] UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ VENDUE EN COMMERCE?  <i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A BU UNE PRÉPARATION DE LAIT MATERNISÉ POUR BÉBÉ ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i> [F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser _____</i>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>De l'eau</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Jus ou boissons à base de jus</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Bouillon</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Lait</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Nombre de fois lait bu</td> <td></td> <td></td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Préparation pour bébé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Nombre de fois préparation pour bébé</td> <td></td> <td></td> <td>—</td> </tr> <tr> <td>Autres liquides</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	De l'eau	1	2	8	Jus ou boissons à base de jus	1	2	8	Bouillon	1	2	8	Lait	1	2	8	Nombre de fois lait bu			—	Préparation pour bébé	1	2	8	Nombre de fois préparation pour bébé			—	Autres liquides	1	2	8	
	O	N	NSP																																			
De l'eau	1	2	8																																			
Jus ou boissons à base de jus	1	2	8																																			
Bouillon	1	2	8																																			
Lait	1	2	8																																			
Nombre de fois lait bu			—																																			
Préparation pour bébé	1	2	8																																			
Nombre de fois préparation pour bébé			—																																			
Autres liquides	1	2	8																																			

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD		
<b>BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (Prénom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (Prénom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.</b>				
EST-CE QUE (Prénom) A MANGÉ (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP
[A] YAOURT ?	Yaourt	1	2	8
Si <i>Oui</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.	Nombre de fois a mangé/bu yaourt			—
[B] N'IMPORTE QUELLE CÉRÉALE LACTÉE (CERÉLAC, FARINOR, BLÉDINE, ...)	Céréale lactée	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PÂTES OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?	Aliments faits à base de grains ?	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTÉRIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC, DE LA PATATE DOUCE BLANCHE OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	P. de terres, ignames, manioc, patate etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LÉGUMES A FEUILLES VERT FONCÉ ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES?	Mangues mures	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LÉGUMES?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF. PORC, AGNEAU, CHÈVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SÉCHÉ OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS À BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES, NOIX OU ARACHIDE?	Aliments à base de haricots, pois, arachide, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIÉ ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[P] DES ESCARGOTS OU DES CHENILLES ?	Escargots ou chenilles	1	2	8
[Q] DE LA NOURRITURE À BASE D'HUILE DE PALME ?	Huile de palme	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNÉ ? PRÉCISER _____	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8
<b>BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O", y compris P et Q)</b> <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10				
<b>BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ?</b> <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant <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				
<b>BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</b> Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois..... — NSP ..... 8			

VACCINATIONS		IM								
<i>Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible</i>										
<b>IM1.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OÙ LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu .....	1							1⇒IM3
		Oui, non vu .....	2							2⇒IM6
		Pas de carnet .....	3							
<b>IM2.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui .....	1							1⇒IM6
		Non .....	2							2⇒IM6
<b>IM3.</b> (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '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									
HEPB A LA NAISSANCE	HEP0									
PENTAVALENT 1 PENTACIME1 DTCOQ+HEP B +HIB 1	PEN1									
PENTAVALENT 2 PENTACIME 2 DTCOQ +HEP B +HIB 2	PEN2									
PENTAVALENT 3 PENTACIME 3 DTCOQ +HEP B +HIB 3	PEN3									
PCV-13 1 PNEUMO 23 1	PCV-13 1									
PCV-13 2 PNEUMO 23 2	PCV-13 2									
PCV-13 3 PNEUMO 23 3	PCV-13 3									
ROTATEQ1	ROTATEQ 1									
ROTATEQ2	ROTATEQ 2									
ROTATEQ 3	ROTATEQ 3									
ROUGEOLE (ROR)	ROUG.									
FIÈVRE JAUNE	FJ									
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1									
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2									

VACCINATIONS		IM
<b>IM4.</b> 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		
<b>IM5.</b> 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		
<b>IM6.</b> 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 DES JOURNÉES DE VACCINATIONS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM19 8⇒IM19
<b>IM7.</b> 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 GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>IM8.</b> 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
<b>IM9.</b> EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois .....	
<b>IM11A.</b> EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PENTAVALENT (DTCOQ+HEP B +HIB) » – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION AU BRAS GAUCHE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HÉPATITE B, ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin de PENTAVALENT est parfois donné en même temps que la polio.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM14A 8⇒IM14A
<b>IM12A.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT (DTCOQ+HEP B +HIB) A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois .....	
<b>IM14A.</b> EST-CE QU'UNE DOSE D'HEPATITE B, C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE GAUCHE A ÉTÉ DONNÉE A (nom) DANS LES 24H APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui, dans les 24 heures ..... 1 Oui, mais pas dans les 24 heures ..... 2 Non ..... 3 NSP ..... 8	
<b>IM14B.</b> EST-CE QUE (NOM) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PCV » – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION À LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin le PCV est parfois donné en même temps que le Penta.</i>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	2⇒IM14D 8⇒IM14D
<b>IM14C.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PCV A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois .....	

VACCINATIONS		IM
<b>IM14D.</b> EST-CE QUE (NOM) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN ROTATEQ – C'EST-À-DIRE UNE DOSE DE LIQUIDE À BOIRE POUR LUI ÉVITER D'AVOIR LA DIARRHÉE ?	Oui ..... 1	
	NON ..... 2	2⇒IM16
	NSP..... 8	8⇒IM16
<b>IM14E.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROTATEQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois ..... _	
<b>IM16.</b> EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR) C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui ..... 1	
	Non ..... 2	
	NSP..... 8	
<b>IM17.</b> EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE(OU VAA) - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9MOISOU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE 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	
<b>IM19.</b> DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPÉ À L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU À L'UNE DES JOURNÉES DE VITAMINE A SUIVANTES OU À L'UNE DES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT SUIVANTES: [A] Du02 AU 05 OCTOBRE 2015 CONTRE LA POLIO [B] Du 10 AU 13 AVRIL 2015 CONTRE LA POLIO [C] Du 31 OCTOBRE AU 3 NOVEMBRE 2014 CONTRE LA POLIO [D]Du 19 AU 22 SEPTEMBRE 2014 CONTRE LA POLIO [E]Du13 AU 16 JUIN 2014 CONTRE LA POLIO		O N NSP
	Campagne du 2-5 octobre 2015..... 1 2 8	
	Campagne du 10-13 avril 2015 ..... 1 2 8	
	Campagne du 31 oct.-3 Nov. 2014... 1 2 8	
	Campagne du 19 au 22 sept. 2014 .. 1 2 8	
	Campagne du 13 au 16 juin 2014 .... 1 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui..... 1	2⇒CA6A
	Non..... 2	
	NSP ..... 8	
<b>CA2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À ( <i>nom</i> ) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL).  PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 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 ?	Beaucoup moins..... 1	
	Un peu moins ..... 2	
	Environ la même quantité ..... 3	
	Plus..... 4	
	Rien à boire ..... 5	
	NSP ..... 8	
<b>CA3.</b> PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ?  <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 ?	Beaucoup moins..... 1	
	Un peu moins ..... 2	
	Environ la même quantité ..... 3	
	Plus..... 4	
	A stoppé nourriture..... 5	
	N'a jamais donné à manger ..... 6	
NSP ..... 8		
<b>CA3A.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui..... 1	2⇒CA4
	Non..... 2	
	NSP ..... 8	
<b>CA3B.</b> OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?  <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?  <i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</i>  <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i>  <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. .... A CHR/Hôpital général. .... B Centre de santé Gouv. (ESPC)..... C Agent de santé communautaire ..... D Clinique mobile/communautaire..... E Autre centre médical public ( <i>préciser</i> )..... H	
	Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... I Médecin privé ..... J Pharmacie privée ..... K Clinique mobile ..... L Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) _____ O	
	Autre source Parent (e)/ Ami (e) ..... P Boutique ..... Q Praticien traditionnel ..... R Pharmacie par terre/ Rue ..... S	
	Autre ( <i>préciser</i> ) _____ X	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA3D. Vérifier CA3B. Un des codes A-O est-il sélectionné ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA3C <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA4		
<b>CA3C. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHE DES SOINS ?</b>  <i>Insister pour avoir les noms de toutes les structures/ASC et enregistrer les codes. Si plusieurs structures citées, enregistrer par ordre de recherche de soins, en commençant par la première. Si la structure/ASC n'est pas pré-codée, choisir le code "999999996" et inscrire le(s) nom(s) dans l'espace prévu.</i>	1 <sup>ère</sup> structure/ASC _____  2 <sup>e</sup> structure/ASC _____  3 <sup>e</sup> structure/ASC _____  4 <sup>e</sup> structure/ASC _____	
<b>CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</b>  [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ SRO (ORASEL)?  [B] UN LIQUIDE PRÉ-CONDITIONNE POUR LA DIARRHÉE	sachet SRO(ORASEL) .....1 2 8  Liquide SRO pré-conditionné .....1 2 8	O N NSP
<b>CA4A. Vérifier CA4 : SRO (Orasel)</b> <input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C		
<b>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>  <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv.....11 CHR/Hôpital général.....12 Centre de santé Gouv. (ESPC) .....13 Agent de santé communautaire.....14 Clinique mobile/communautaire .....15 Autre centre médical public (préciser) _ 16  Secteur médical privé Hôpital/clinique privé .....21 Médecin privé .....22 Pharmacie privée .....23 Clinique mobile .....24 Autre médical privé (préciser) _____ 26  Autre source Parent (e)/ Ami (e) .....31 Boutique.....32 Praticien traditionnel .....33 Pharmacie par terre/ Rue .....34  En avait déjà à la maison .....40  Autre (préciser) _____ 96	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</b>  [ A ] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?  [B] DU SIROP DE ZINC ?	O N NSP  Comprimés de Zinc ..... 1 2 8  Sirop de Zinc ..... 1 2 8	
<b>CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?</b> <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E  <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F		
<b>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>  <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. .... 11 CHR/Hôpital général. .... 12 Centre de santé Gouv. (ESPC) ..... 13 Agent de santé communautaire ..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Autre centre médical public ( <i>préciser</i> ) _ 16  Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) _____ 26  Autre source Parent (e)/ Ami (e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Pharmacie par terre/ Rue ..... 34  En avait déjà à la maison ..... 40  Autre ( <i>préciser</i> ) _____ 96	
<b>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</b>  <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i>	O N NSP  Eau sucrée et salée..... 1 2 8 Bouillie de mil / riz ..... 1 2 8 Jus de coco frais ..... 1 2 8 Soupe de carotte ..... 1 2 8 Eau propre..... 1 2 8 Feuille de goyave ..... 1 2 8 Autres ( <i>préciser</i> )..... 1 2 8	
<b>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p><b>CA6.</b> QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique..... A</p> <p>Antimotilité ..... B</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) ..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu ..... H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique..... L</p> <p>Non-antibiotique ..... M</p> <p>Injection inconnue ..... N</p> <p>Intraveineuse..... O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales ..... Q</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p><b>CA6A.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>prénom</i>) A EU DE LA FIÈVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA7</p> <p>8⇒CA7</p>
<p><b>CA6B.</b> À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRÉLEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>CA7.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA9A</p> <p>8⇒CA9A</p>
<p><b>CA8.</b> QUAND (<i>nom</i>) ÉTAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTÉS POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9.</b> LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ÉTAIENT-ELLES DUES À UN PROBLÈME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHÉ OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement ..... 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement ..... 2</p> <p>Les deux..... 3</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 6</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>1⇒CA10</p> <p>2⇒CA10</p> <p>3⇒CA10</p> <p>6⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>
<p><b>CA9A.</b> Vérifier CA6A : A eu de la fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA10.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p><b>CA11. OÙ AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</b></p> <p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv. .... A</p> <p>CHR/Hôpital général. .... B</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC)..... C</p> <p>Agent de santé communautaire ..... D</p> <p>Clinique mobile/communautaire..... E</p> <p>Autre centre médical public (<i>préciser</i>) ..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé..... I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie privée ..... K</p> <p>Clinique mobile ..... L</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) ..... O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... P</p> <p>Boutique ..... Q</p> <p>Praticien traditionnel ..... R</p> <p>Pharmacie par terre/ Rue ..... S</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... X</p>	
<p><b>CA11B. Vérifier CA11. Un des codes A-O est-il sélectionné ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA11A</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA12</p>		
<p><b>CA11A. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHÉ DES SOINS ?</b></p> <p><i>Insister pour avoir les noms de toutes les structures/ASC et enregistrer les codes. Si plusieurs structures citées, enregistrer par ordre de recherche de soins, en commençant par la première. Si la structure/ASC n'est pas pré-codée, choisir le code "999999996" et inscrire le(s) nom(s) dans l'espace prévu.</i></p>	<p>1<sup>ère</sup> structure/ASC _____</p> <p>2<sup>e</sup> structure/ASC _____</p> <p>3<sup>e</sup> structure/ASC _____</p> <p>4<sup>e</sup> structure/ASC _____</p>	
<p><b>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</b></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA14</p> <p>8 ⇒ CA14</p>

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p><b>CA13. QUEL(S) MÉDICAMENT(S) A-T-ON DONNÉ À (nom) ?</b></p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MÉDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens :</p> <p>Pyriméthamine+ Sulfadoxine (Fansidar, Maloxine) ..... A</p> <p>Chloroquine ..... B</p> <p>Amodiaquine ..... C</p> <p>Quinine ..... D</p> <p>Combinaison Artésunate+Amodiaquine ..... F</p> <p>Combinaison Artéméther+Luméfántrine ... G</p> <p>Autre Combinaison avec Artémisinine ..... K</p> <p>Autre anti-paludéen (préciser) _____ H</p> <p>Antibiotiques:</p> <p>Comprimés / Sirop ..... I</p> <p>Injection ..... J</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracétamol /Panadol/Acetaminophen... P</p> <p>Aspirine ..... Q</p> <p>Ibuprofen, diclofénac ..... R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p> <p>NSP ..... Z</p>	
<p><b>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p><b>CA13B. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</b></p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>CHU/Centre spécialisé Gouv..... 11</p> <p>CHR/Hôpital général..... 12</p> <p>Centre de santé Gouv. (ESPC) ..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire ..... 15</p> <p>Autre centre médical public (préciser) _ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé..... 21</p> <p>Médecin privé ..... 22</p> <p>Pharmacie privée ..... 23</p> <p>Clinique mobile ..... 24</p> <p>Autre médical privé (préciser) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) ..... 31</p> <p>Boutique..... 32</p> <p>Praticien traditionnel ..... 33</p> <p>Pharmacie par terre/ Rue ..... 34</p> <p>En avait déjà à la maison ..... 40</p> <p>Autre (préciser) _____ 96</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</b>		
<input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Continuer avec CA13D <input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Aller à CA14		
<b>CA13D. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</b>  <i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i>  <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> (Nom de l'endroit)	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. .... 11 CHR/Hôpital général..... 12 Centre de santé Gouv. (ESPC) ..... 13 Agent de santé communautaire ..... 14 Clinique mobile/communautaire ..... 15 Autre centre médical public ( <i>préciser</i> ) _ 16  Secteur médical privé Hôpital/clinique privé ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique mobile ..... 24 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) _____ 26  Autre source Parent (e)/ Ami (e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Pharmacie par terre/ Rue ..... 34  En avait déjà à la maison ..... 40  Autre ( <i>préciser</i> ) _____ 96	
<b>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRÈS QUE LA FIÈVRE A COMMENCÉ, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIÈRE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?</b>  <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	
<b>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</b>		
<input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans</i> ⇒ Continuer avec CA15 <input type="checkbox"/> <i>Enfant âgé de 3 ou 4 ans</i> ⇒ Aller à UF13		
<b>CA15. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ DÉFÉQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÉMENTS?</b>	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 Lissé à l'air libre..... 06  Autre ( <i>préciser</i> ) _____ 96 NSP ..... 98	

<b>UF13.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... ____ : ____	
-----------------------------------	------------------------------------	--

<p><b>UF14.</b> VÉRIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE, COLONNES HL7B ET H15 EST-CE QUE L'ENQUÊTÉ(E) EST LA MÈRE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT ÂGÉ DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MÉNAGE ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain <u>QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS</u> qui doit être administré à la/au même répondant (e)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ 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</p> <p style="text-align: center;"><i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p>
---

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DE L'ENFANT		AN
<p>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.</p>		
<b>AN1.</b> Nom et code du technicien :	Nom _____	
<b>AN2.</b> Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures ..... 1	
	Enfant non présent ..... 2	2 ⇒ AN6
	Enfant ou personne en charge de l'enfant a refusé ..... 3	3 ⇒ AN6
	Autre (préciser) _____ 6	6 ⇒ AN6
<b>AN3.</b> Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) ..... _ . _	
	Poids non mesuré ..... 99,9	
<p><b>AN3A.</b> Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum.</p>		
<p><b>AN3B.</b> Vérifier l'âge de l'enfant à AG2 :</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché).</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).</p>		
<b>AN4.</b> Grandeur ou taille de l'enfant	Grandeur/Taille (cm) ..... _ . _	
	Grandeur/Taille pas mesurée ..... 999,9	⇒ AN6
<b>AN4A.</b> Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché ..... 1	
	Débout ..... 2	

**AN6.** Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

- Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.
- Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations du chef d'équipe**

**Observations du Mesureur**



Côte d'Ivoire, 2016



**QUESTIONNAIRE QUALITÉ DE L'EAU**  
**Ce questionnaire est strictement confidentiel.**

<b>PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE</b>		<b>WQ</b>
<p><i>Ce questionnaire devra être utilisé pour les ménages qui ont été sélectionnés pour le test de la qualité de l'eau. Un questionnaire séparé devra être utilisé pour chaque ménage sélectionné.</i></p> <p><i>Ce questionnaire doit être annexé aux autres questionnaires du ménage.</i></p>		
<b>WQ1.</b> Numéro de grappe:	_____	<b>WQ2.</b> Numéro du ménage:
<b>WQ3.</b> Nom et numéro du testeur :	Nom _____	<b>WQ4.</b> Jour/ Mois/ Année de l'enquête :
		_____ / _____ / 2 0 1 6
<b>WQ4C.</b> Le ménage est-il sélectionné pour le test à blanc ?	Oui .....1 Non .....2	
<p>DANS LE CADRE DE L'ENQUÊTE, NOUS ALLONS ÉGALEMENT ANALYSER LA QUALITÉ DE L'EAU CONSOMMÉE PAR LES MÉNAGES. VOTRE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ AU HASARD POUR CETTE PARTIE DE L'ENQUÊTE. NOUS SOUHAITERIONS RÉALISER UN TEST SIMPLE DE LA QUALITÉ DE L'EAU EN UTILISANT DES ÉCHANTILLONS DE L'EAU QUE VOUS CONSOMMEZ HABITUELLEMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à WQ6</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler 03 à WQ5. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
<b>WQ5.</b> Résultat du questionnaire relatif au test de la qualité de l'eau :	Rempli ..... 01 Refus ..... 03 Rempli partiellement ..... 04 Autre ( <i>préciser</i> ) _____ 96	

TEST DE LA QUALITÉ DE L'EAU		TEST
<b>WQ6.</b> POURRIEZ-VOUS, S'IL VOUS PLAÎT ME FOURNIR UN VERRE D'EAU QUE LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE BOIVENT HABITUELLEMENT?	Oui ..... 1 Non..... 2	2⇒WQ11A
<b>WQ9.</b> AVEZ-VOUS FAIT QUELQUE CHOSE À CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAIN ?	Oui..... 1 Non..... 2  Ne sais pas ..... 8	2⇒WQ11  8⇒WQ11
<b>WQ10.</b> QU'AVEZ-VOUS FAIT À CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAIN À BOIRE?	La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / Chlore .....B La filtrer à travers un linge ..... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)..... D Désinfection solaire.....E La laisser reposer..... F  Autre ( <i>préciser</i> ).....X  Ne sait pas ..... Z	
<b>WQ11.</b> RÉALISER LE TEST DE L'EAU AU SEIN DU MÉNAGE <i>En utilisant l'eau du verre fourni par le répondant, réaliser le test de la qualité de l'eau.</i>  <i>Étiquetage : H-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</i>  <i>Indiquer si le test bactérien a été mené ou non.</i>	Test bactérien mené ..... 1  Test bactérien non mené ..... 2	
<b>WQ11A.</b> A PARTIR DE QUELLE SOURCE AVEZ-VOUS PRÉLEVÉ L'EAU FOURNI DANS LE VERRE	Robinet Dans le logement ..... 11 Dans la 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  Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)..... 81  Eau en bouteille (minérale) ..... 91 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	

TEST DE LA QUALITÉ DE L'EAU		TEST
<p><b>WQ15. POURRIEZ-VOUS S'IL VOUS PLAÎT ME MONTRER L'ENDROIT EXACT OÙ CETTE EAU A ÉTÉ COLLECTÉE POUR QUE JE PUISSE Y PRENDRE UN ÉCHANTILLON ?</b></p> <p><i>Si non, rechercher pour quelle raison?</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non</p> <p>Source d'eau trop éloignée 2</p> <p>Impossible d'accéder à la source ..... 3</p> <p>Autre raison (<i>préciser</i>) ..... 6</p> <p>Ne sait pas où la source est située ..... 8</p>	<p>2⇒ WQ17</p> <p>3⇒ WQ17</p> <p>6⇒ WQ17</p> <p>8⇒ WQ17</p>
<p><b>WQ16. REALISER LE TEST DE L'EAU A LA SOURCE</b></p> <p><i>En utilisant un échantillon d'eau pris a la source, réaliser le test de la qualité de l'eau.</i></p> <p><i>Etiquetage : S-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</i></p> <p><i>Indiquer si le test bactérien à la source a été mené ou non.</i></p>	<p>Test bactérien à la source mené..... 1</p> <p>Test bactérien à la source non mené..... 2</p>	
<p><b>WQ17. Vérifier WQ4C.</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ménage sélectionné pour le test à blanc ⇒ Continuer avec WQ18.</p> <p><input type="checkbox"/> Ménage non sélectionné pour le test à blanc ⇒ Remercier le répondant. L'entretien est terminé.</p>		
<p><b>WQ18. REALISER LE TEST A BLANC</b></p> <p><i>En utilisant un échantillon de l'eau stérile fournie par le chef d'équipe, réaliser le test de la qualité de l'eau.</i></p> <p><i>Etiquetage : B-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</i></p> <p><i>Indiquer si le test à blanc a été mené ou non.</i></p> <p><i>Remercier le répondant. L'entretien est terminé.</i></p>	<p>Test bactérien à blanc mené..... 1</p> <p>Test bactérien à blanc non mené..... 2</p>	

RÉSULTATS DES TESTS DE LA QUALITÉ DE L'EAU		RESULT
<i>Après 24-48 heures d'incubation, les résultats des tests de la qualité de l'eau doivent être saisis.</i>		
<b>WQ19.</b> Jour / Mois / Année de saisie des résultats: _____ / _____ / 2016		
<i>Saisir les résultats des tests des échantillons d'eau pris dans les ménages :</i>  -Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.		
<b>WQ20.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<b>WQ21.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<b>WQ22.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<b>WQ23.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<i>Saisir les résultats des tests des échantillons d'eau pris à la source :</i>  -Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.		
<b>WQ28.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b> .	Nombre de colonies	_____
<b>WQ29.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<b>WQ30.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies	_____
<b>WQ31.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies	_____

RÉSULTATS DES TESTS DE LA QUALITÉ DE L'EAU		RESULT
<p>Saisir les résultats des tests des échantillons d'eau du test à blanc :</p> <p>-Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres.            -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'.            -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'.            -Si test microbien non réalisé saisir '999'.</p>		
<p><b>WQ32.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b></p>	Nombre de colonies	— — —
<p><b>WQ33.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b></p>	Nombre de colonies	— — —
<p><b>WQ34.</b> Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b></p>	Nombre de colonies	— — —
<p><b>WQ35.</b> Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b></p>	Nombre de colonies	— — —

**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 vous assurez-vous 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'agent ayant fait le test de l'eau**

**Observations du Chef d'équipe**

### **Ont participé à la rédaction de ce rapport :**

- KOUASSI Lucien, Démographe à l'Institut National de la Statistique (INS)
- YAO Koffi Edmond, Démographe à l'Institut National de la Statistique (INS)
- TANOAH Aboya Olivier, Ingénieur Statisticien Economiste à l'Institut National de la Statistique (INS)
- DEZA Akoisso Doria, Démographe à l'Institut National de la Statistique (INS)
- KEHOUA Valio Appolinaire, Ingénieur Informaticien Développeur d'applications à l'Institut National de la Statistique (INS)
- TOTO Assi Pascal, Statisticien à la Direction des Stratégies, de la Planification et des Statistiques (DSPS) du Ministère de l'Éducation
- TRE BI IRIE Armand Davy, Statisticien à la Direction de la Prospective, de la Planification, de l'Évaluation et de l'Information Sanitaire (DPPEIS), du Ministère de la Santé et de l'Hygiène Publique
- BOSSO Patrice, Spécialiste suivi-évaluation, Politiques Sociales UNICEF Côte d'Ivoire
- Tian Bi Youan Rodolphe, Administrateur Planification, Politiques Sociales UNICEF Côte d'Ivoire
- Inoussa NAFIOU, Démographe, Expert Consultant MICS
- Michka SEROUSSI, Coordinatrice régionale MICS.

L'Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 5 Côte d'Ivoire, a été menée en 2016 par l'Institut National de la Statistique (INS), dans le cadre du programme mondial des enquêtes MICS. L'appui technique a été fourni par le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF). Outre la contribution du Gouvernement Ivoirien, l'enquête a bénéficié du financement de l'UNICEF, du Fond Mondial de lutte contre le VIH-sida, la Tuberculose et le Paludisme, de l'Agence Française de Développement (AFD) et du Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA).

Le programme mondial des enquêtes MICS a été élaboré par l'UNICEF dans les années 1990 en tant que programme d'enquête-ménage international qui vise à soutenir les pays dans la collecte de données comparables au niveau international sur un large éventail d'indicateurs relatifs la situation des enfants et des femmes. Les enquêtes MICS mesurent les indicateurs clés qui permettent aux pays de produire des données en vue de leur utilisation dans les politiques et programmes et d'autres engagements convenus au niveau international.

---

Citation suggérée : Institut National de la Statistique (INS). 2017. Enquête par grappes à indicateurs multiples, 2016, Rapport des Résultats clés. Abidjan, Côte d'Ivoire.