

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: _____/_____/ 2 0 1 6	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 Non2	
<p>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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler 04 à HH9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
<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 (préciser) _____</p>		

<i>Une fois tous les questionnaires du ménage complétés, saisir les informations suivantes:</i>	
HH13. Nbre de questionnaires Femme complétés:	____ ____
<i>Si ménage sélectionné pour enquête homme:</i>	
HH13B. Nbre question.Homme complétés:	____ ____
HH15. Nbre de questionnaires moins de 5 ans complétés:	____ ____

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure — —

Minutes..... — —

LISTE DES MEMBRES DU MÉNAGE

HL

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

		Femmes 15-49 ans		Hommes 15-49 ans		Enfants 0-4 ans		Enfants de 0-17 ans						Enfants 0-14 ans		Enfant de 5-17 ans	
HL1. Num de ligne	HL2. Nom et Prénom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ DE (Prénom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	HL4. (Prénom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULI N OU FÉMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (Prénom)?	HL6. QUEL ÂGE A (Prénom)?	HL6A. EST-CE QUE (Prénom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ?	HL7. HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné de l'enquête homme	HL7B. Encercler num. de ligne si l'âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) EST ENCORE EN VIE ?	HL12. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) VIT DANS CE MÉNAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non", noter 00	HL12A. OU LA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) HABITE-T- ELLE? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) EST ENCORE EN VIE ? 1 Oui 2 Non 8 NSP HL15 HL15 HL15	HL14. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) HABITE-T- IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL14A. OU LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) HABITE-T- IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LA PRINCIPALE PERSONNE EN CHARGE DE (Prénom)?	HL15A (Prénom) A- T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE? PUIS-JE LE VOIR SVP? Sinon, insister LA NAISSANCE DE (PRÉNOM) A-T-ELLE ÉTÉ DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL? 1= Oui, vu. 2= Oui non vu 3= Déclaré 4= Ni l'un, ni l'autre 8= NSP	
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	0-4	O N NSP	Mère		O N NSP	Père		Mère		
01		01	1 2				1 2	01	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
02			1 2				1 2	02	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
03			1 2				1 2	03	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
04			1 2				1 2	04	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
05			1 2				1 2	05	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
06			1 2				1 2	06	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
07			1 2				1 2	07	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
08			1 2				1 2	08	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
09			1 2				1 2	09	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
10			1 2				1 2	10	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	

			Femmes 15-49 ans		Hommes 15-49 ans		Enfants 0-4 ans		Enfants de 0-17 ans						Enfants 0-14 ans		Enfant de 5-17 ans	
HL1. Num de ligne	HL2. Nom et Prénom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ DE (Prénom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	HL4. (Prénom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULI N OU FÉMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (Prénom)?	HL6. QUEL ÂGE A (Prénom)?	HL6A. EST-CE QUE (Prénom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ?	HL7. Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49 ans	HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	HL7B. Encercler num. de ligne si l'âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) EST ENCORE EN VIE ?	HL12. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) VIT DANS CE MÉNAGE?	HL12A. OULA MÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) HABITE-T- ELLE?	HL13. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) EST ENCORE EN VIE ?	HL14. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) VIT DANS CE MÉNAGE ?	HL14A. OU LE PÈRE BIOLOGI- QUE DE (Prénom) HABITE-T- IL ?	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LA PRINCIPALE PERSONNE EN CHARGE DE (Prénom)?	HL15A (Prénom) A- T-ELLE UN ACTE DE NAISSANCE? PUIS-JE LE VOIR SVP? Sinon, insister LA NAISSANCE DE (PRÉNOM) A-T-ELLE ÉTÉ DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL ? 1= Oui, vu. 2= Oui non vu 3= Déclaré 4= Ni l'un, ni l'autre 8= NSP	
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	0-4	O N NSP	Mère		O N NSP	Père		Mère		
11		1	2				1 2	11	11	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
12		1	2				1 2	12	12	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
13		1	2				1 2	13	13	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
14		1	2				1 2	14	14	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
15		1	2				1 2	15	15	1 2 8		1 2 3 8	1 2 8		1 2 3 8		1 2 3 4 8	
Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé <input type="checkbox"/>																		

Insister pour savoir s'il n'y a pas d'autres membres dans le ménage. En particulier, demander s'il n'y a pas de bébés/ jeunes enfants qui ne sont pas sur la liste et d'autres personnes qui ne sont pas membres de la famille (comme des employés ou amis) mais qui vivent habituellement dans le ménage. Inscrire les noms des membres additionnels dans la liste du ménage et compléter la feuille de manière appropriée.										
Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Femme séparé. Pour chaque homme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et les autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Homme séparé. Pour chaque enfant de moins de 5 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de sa/son gardien(ne) dans le panneau d'information d'un questionnaire séparé pour les enfants de moins de 5 ans. Vous devez avoir maintenant un questionnaire séparé pour chaque femme éligible, chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans du ménage.										
* Codes pour HL3 : Relation avec chef de ménage:		01 Chef de ménage 02 Femme/Mari 03 Fils/Fille	04 Gendre/Belle-fille 05 Petit-fils/Petite -fille 06 Mère /Père	08 Frère / Sœur 09 Beau-frère / Belle-sœur	11 Nièce / Neveu 12 Autre parent	14 Domestique (Si vit dans le ménage) 96 Autre- (Sans lien de parenté)				
			07 Beau-père/Belle-mère	10 Oncle / Tante	13 Enfant adopté/ confié/enfant du conjoint	98 NSP				

ÉDUCATION			ED				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 <i>A copier de HL2 et HL6</i>	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, IL/ELLE ?	ED8. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE, À QUELS NIVEAU ET CLASSE (Prénom) ÉTAIT-IL/ELLE?	
			Niveau : 0 Préscolaire 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP 1 Oui 2 Non ↗ ligne suivante	Classe: 98 NSP <i>Si la 1ère classe du niveau n'est pas achevée, noter 00.</i>	1 Oui 2 Non ↗ ED7	Niveau : 0 Préscolaire 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, passer à ED7</i>	Classe: 98 NSP	Niveau : 0 Préscolaire 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, aller à ligne suivante.</i>	Classe: 98 NSP	
Ligne	Nom	Age	Oui Non	Classe	Oui Non	Niveau	Classe	Oui Non NSP	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 :																																																																																																				
<input type="checkbox"/> Zéro ⇒ Aller au module CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 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																																																																																																				
<input type="checkbox"/> 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.																																																																																																				
<table><tr><th>SL3. Numéro de rang</th><th>SL4. Numéro de ligne de HL1</th><th>SL5. Nom et Prénom de HL2</th><th colspan="2">SL6. Sexe de HL4</th><th>SL7. Age de HL6</th></tr><tr><th>Rang</th><th>Ligne</th><th>Nom</th><th>M</th><th>F</th><th>Age</th></tr><tr><td>1</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>2</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>3</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>4</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>5</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>6</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>7</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr><tr><td>8</td><td>— —</td><td></td><td>1</td><td>2</td><td>— —</td></tr></table>						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	— —																																			
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.																																																																																																				
<table><tr><th rowspan="2">Dernier chiffre du numéro de ménage (de HH2)</th><th colspan="7">Nombre total d'enfants éligibles dans le Ménage (de SL1)</th></tr><tr><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8+</th></tr><tr><td>0</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>3</td><td>6</td><td>5</td><td>4</td></tr><tr><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>6</td><td>5</td></tr><tr><td>2</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>5</td><td>2</td><td>7</td><td>6</td></tr><tr><td>3</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>1</td><td>3</td><td>1</td><td>7</td></tr><tr><td>4</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>2</td><td>4</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>5</td><td>3</td><td>1</td></tr><tr><td>6</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td><td>4</td><td>6</td><td>4</td><td>2</td></tr><tr><td>7</td><td>1</td><td>3</td><td>3</td><td>5</td><td>1</td><td>5</td><td>3</td></tr><tr><td>8</td><td>2</td><td>1</td><td>4</td><td>1</td><td>2</td><td>6</td><td>4</td></tr><tr><td>9</td><td>1</td><td>2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>7</td><td>5</td></tr></table>						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
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															
CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9 : <input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2																	
CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MÉNAGE PEUVENT FAIRE. 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> 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.	<table><tr><td></td><td>O</td><td>N</td></tr><tr><td>A travaillé sur son terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>A aidé dans l'entreprise familiale /d'un autre parent/dans sa propre affaire</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>A produit/vendu des articles/de l'artisanat/ des vêtements/nourriture ou des produits agricoles</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>Toute autre activité</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		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	
	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															
CL3. Vérifier CL2, A à D <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4 <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8																	
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 ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i>	Nombre d'heures..... __ __																
CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITÉ/CES ACTIVITÉS NÉCESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES.?	Oui 1 Non 2																
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 ?	Oui 1 Non 2																

<p>CL7. COMMENT DÉCRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (<i>prénom</i>)?</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>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?</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>CL8. 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>CL9. 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>CL10. 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>O N</p> <p>Achats pour le ménage1 2</p> <p>Réparations d'équipement1 2</p> <p>Cuisiner /laver ustensiles/maison1 2</p> <p>Laver les vêtements1 2</p> <p>Prendre soin des enfants1 2</p> <p>Prendre soins des âgés/des malades .1 2</p> <p>Autres taches1 2</p>	
<p>CL11. 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>CL12. 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
CD1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à partir de SL9 : <input type="checkbox"/> 1-14 ans ⇒ Continuer avec CD2 <input type="checkbox"/> 15-17 ans ⇒ Aller au module suivant		
CD2. Inscrire le numéro de ligne et le nom de l'enfant à partir de SL9.	Numéro de Ligne __ __ Nom	
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> [A] RETIRER DES PRIVILÈGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (<i>prénom</i>) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON. [B] EXPLIQUER À (<i>prénom</i>) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE. [C] LE/LA SECOUER [D] HURLER, LUI CRIER DESSUS [E] LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE À FAIRE. [F] LUI DONNER UNE FESSÉE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES À MAIN NUES. [G] LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR D'AUTRES PARTIES DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE TEL CEINTURE, BROSSÉ À CHEVEUX, BÂTON OU AUTRE OBJET DUR. [H] LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE NOM COMME ÇA. [I] LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES. [J] LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES. [K] LE/LA BATTRE, C'EST-À-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE. [L] LE PRIVER DE NOURRITURE	<div>O N</div> <div>Retirer des privilèges 1 2</div> <div>Expliquer le mauvais comportement . 1 2</div> <div>Le/la secouer 1 2</div> <div>Hurler, lui crier dessus 1 2</div> <div>Donner quelque chose d'autre à faire 1 2</div> <div>Donner une fessée, frapper ou taper sur les fesses avec mains nues 1 2</div> <div>Frapper avec ceinture, brosse, bâton ou autres objets durs 1 2</div> <div>Le/la traiter d'idiot, paresseux, ou d'autres noms 1 2</div> <div>Le/la frapper/gifler sur le visage, la tête ou les oreilles 1 2</div> <div>Le/la frapper/taper sur les mains, bras ou jambes 1 2</div> <div>Le/la battre, frapper encore et encore aussi fort que possible 1 2</div> <div>Le priver de nourriture..... 1 2</div>	
CD4. PENSEZ-VOUS QUE POUR ÉLEVER OU ÉDUIQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NÉCESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP/ Sans opinion 8	

CARACTÉRISTIQUES DES MÉNAGES		HC
HC1A. 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	
HC1C. 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	
HC2. DANS CE MÉNAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces..... _ _	
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable..... 11 Bouse..... 12 Matériau fini Parquet ou bois ciré 31 Vinyle/Gerflex..... 32 Carrelage 33 Ciment..... 34 Moquette 35 Autre (<i>préciser</i>) 96	
HC4. <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>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</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>HC5A. Principal type de toilettes dans le ménage.</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 ouvert23</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>HC6. DANS VOTRE MÉNAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE/VOS CUISSONS ?</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>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ OU À L'EXTÉRIEUR ?</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>	

HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :	<div>Oui Non</div> <div>Electricité 1 2</div> <div>Radio..... 1 2</div> <div>Télévision..... 1 2</div> <div>Téléphone fixe 1 2</div> <div>Réfrigérateur/Congélateur 1 2</div> <div>Machine à laver 1 2</div> <div>Ventilateur 1 2</div> <div>Climatiseur 1 2</div> <div>Chauffe-eau 1 2</div> <div>Micro-onde 1 2</div> <div>Abonnement internet 1 2</div>	
HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE POSSÈDE :	<div>Oui Non</div> <div>Montre.....1 2</div> <div>Téléphone mobile1 2</div> <div>Smartphone1 2</div> <div>Bicyclette1 2</div> <div>Moto / Scooter1 2</div> <div>Charrette avec animal.....1 2</div> <div>Voiture/Camion1 2</div> <div>Bateau à moteur/Pinasse1 2</div> <div>Tricycle.....1 2</div> <div>Tracteur.....1 2</div> <div>Pirogue.....1 2</div> <div>Lecteur VCD/DVD.....1 2</div> <div>Ordinateur1 2</div> <div>Tablette informatique1 2</div> <div>Pousse-Pousse/Brouette.....1 2</div>	
HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MÉNAGE EST PROPRIÉTAIRE DE CE LOGEMENT ? <i>Si "Non", demander :</i> LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MÉNAGE ? <i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2".</i> <i>Pour les autres réponses encercler "6".</i>	<div>Propriétaire 1</div> <div>Location 2</div> <div>Autre (<i>préciser</i>) 6</div>	
HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MÉNAGE POSSÈDE DE LA TERRE QUI PEUT ÊTRE UTILISÉE POUR L'AGRICULTURE ?	<div>Oui 1</div> <div>Non 2</div>	2⇒HC13
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MÉNAGE POSSÈDENT-ILS ? <i>Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	<div>Hectares _ _</div>	

HC13. 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
HC14. PARMI 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.....	
HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MÉNAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui 1 Non 2	

MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE		TN
TN1. EST-CE QUE VOTRE MÉNAGE POSSÈDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ÊTRE UTILISÉES POUR DORMIR ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires..... ____	
TN3. 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 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
TN4. Moustiquaire observée?	Observée..... 1 Non observée 2	Observée 1 Non observée 2	Observée..... 1 Non observée 2
TN5. 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
TN6. 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
TN7. 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
TN8. 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

TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ÉLOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui..... 1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11
TN10. 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
TN11. 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
TN12. 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 ... _____
TN13.	<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
WS1. 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	
WS2. 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		
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUÉE ?	Dans le logement 1	1⇒WS6
	Dans la cour / parcelle 2	2⇒WS6
	Ailleurs 3	
WS4. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... _ _ _ _	
	NSP..... 998	

WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT À CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MÉNAGE ? <i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? CETTE PERSONNE EST-ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus) 1 Homme adulte (de 15 ans ou plus)..... 2 Jeune fille (moins de 15 ans)..... 3 Jeune garçon (moins de 15 ans) 4 NSP 8	
WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒WS8 8⇒WS8
WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA ? <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / chlore.....B La filtrer à travers un lingeC Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.).....D Désinfection solaire.....E La laisser reposerF Autre (<i>préciser</i>).....X NSPZ	
WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE UTILISENT-ILS? <i>Si “chasse d’eau” ou “chasse d’eau manuelle”, insister:</i> OÙ VONT LES EAUX USÉES ? <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d’eau avec ou sans réservoir d’eau Connectée à système d’égouts..... 11 Connectée à fosse septique 12 Reliée à des latrines..... 13 Reliée à autre chose 14 Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où 15 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) 21 Latrines à fosses avec dalle..... 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert23 Toilettes à compostage / EcoSan 31 Seaux..... 41 Toilettes/latrines suspendues 51 Pas de toilettes, nature 95 Autre (<i>préciser</i>)..... 96	95⇒Module suivant
WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
WS10. 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 ?	Autres ménages seulement (pas publiques).....1 Toilettes publiques.....2	2⇒Module suivant
WS11. AU TOTAL, COMBIEN DE MÉNAGES, Y COMPRIS VOTRE MÉNAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10) 0 __ Dix ménages ou plus10 NSP98	

LAVAGE DES MAINS		HW
HW1. 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/cour12 Pas de permission de voir..... 13 Autre motif (<i>préciser</i>) 16 Dispositif mobile observé21 Dispositif mobile non observé22	12 ⇨HW4 13 ⇨HW4 16 ⇨HW4 22 ⇨HW4
HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains <i>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassine, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible..... 1 Eau non disponible 2	
HW3A. Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?	Oui, il y en a 1 Non, il n'y en a pas..... 2	2⇨HW4
HW3B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Savon solide.....A Lessive (Poudre / Liquide / Pate).....B Savon liquide..... C Cendre.....D Boue / Sable.....E	A⇨HH19 B⇨ HH19 C⇨ HH19 D⇨ HH19 E⇨ HH19
HW4. 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
HW5A. POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER?	Oui, montré 1 Non, non montré 2	2⇨ HH19
HW5B. 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	
HH19. ENREGISTRER L'HEURE.	Heure et minutes..... __ : __	

IODATION DU SEL		SI
SI1. 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
SI2. 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
SI3. 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



Version du 24 février 2016

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



Ce questionnaire est strictement confidentiel.

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

<i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquête :</i> 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.	<i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i> 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
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.	

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

WM8. Chef Equipe (Nom et numéro): Nom _____

WM10. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes :	
-----------------------------------	--------------------------------	--

CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE ?	Date de naissance : Mois — — NSP mois 98 Année — — — — NSP année 9998	
WB2. 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) — —	
WB2A. 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	
WB2B. 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	
WB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Préscolaire 0 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3	0 ⇒ WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVÉE À CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe — —	
WB6. Vérifier WB4 : <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7		

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

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
MT1. Vérifier WB7 : <input type="checkbox"/> Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas 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		
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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MT5. Vérifier WB2 : Age de la répondante ? <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Passer au module suivant		
MT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ MT9
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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ Module suivant
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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	

FÉCONDITÉ		CM
CM1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTÉ ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM8
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM6
CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison _ _ Filles à la maison _ _	
CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒CM8
CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs _ _ Filles ailleurs _ _	
CM8. AVEZ-VOUS DONNE 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
CM9. COMBIEN DE FILS SONT DÉCÉDÉS ? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés _ _ Filles décédées _ _	
CM10. <i>Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.</i>	Somme..... _ _	
CM11. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</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													BH		
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. <i>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.</i>															
BH NO. DE LIGNE	BH1. QUELS NOM ET PRENOMS ONT ÉTÉ DONNÉS À VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	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) À 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 HL1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. Si décédé, QUEL ÂGE AVAIT (prénom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? Si "1 an", insister: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans; ou en années	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					
Ligne	Nom et Prénoms	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre
01		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	—
02		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
03		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
04		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
05		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
06		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
07		1	2	1	2	—	—	1	2	—	—	—	—	Jours1 Mois2 Années3	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 ? Si Non choisir 1 et si Oui choisir 2		BH3. (prénom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NÉ(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 HL1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.		BH9. Si décédé: QUEL ÂGE AVAIT (prénom) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? Si "1 an", insister: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans; ou en années			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	
		Ligne	Nom et Prénoms	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N	
08		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
09		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
10		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
11		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
12		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
13		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	1	2		
14		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années3	—	—	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)?																				
Oui1																				
Non2																				
1⇒ Enregistrer dans l'historique																				

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

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

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (Mois de l'entretien) en **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.

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

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>		
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (prénom) ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MN5
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femmeB Aide-soignanteC Autre personne Accoucheuse traditionnelleF Agent de santé communautaireG Fille de salleH Autre (préciser)X	
MN2AA. Vérifier MN2. Un des codes A-C ou G est-il sélectionné ? <input type="checkbox"/> Oui⇒ Continuer avec MN2BB <input type="checkbox"/> Non⇒ Aller à MN2A		
MN2BB. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU VOUS AVEZ RECHERCHÉ DES SOINS PRÉNATALS? <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 ^{ère} structure/ASC _____ 2 ^e structure/ASC _____ 3 ^e structure/ASC _____ 4 ^e structure/ASC _____	
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines 1 ____ Mois..... 2 0 ____ NSP 998	
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? <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	
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATALS POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE LES CHOSES SUIVANTES ONT ÉTÉ FAITES, AU MOINS UNE FOIS ?	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>MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</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 / FansidarA</p> <p>Chloroquine.....B</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris :</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>MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (prénom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?</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>MN16A. À QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE DE (prénom) AVEZ-VOUS PRIS DU SP/ FANSIDAR POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</p>	<p>Avant le 4^{ème} 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>MN17. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (prénom)?</p> <p><i>Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></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-femmeB</p> <p>Aide-soignanteC</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 (préciser) _____ X</p> <p>Personne..... Y</p>	

<p>MN18. OÙ AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ DE (prénom) ?</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'enquêtee..... 11 11⇒MN20</p> <p>Autre domicile 12 12⇒MN20</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 96⇒MN20</p>	
<p>MN18A. QUEL EST LE NOM DE LA STRUCTURE OU VOUS AVEZ ACCOUCHÉ DE (prénom)?</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>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHÉ DE (prénom) 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>MN19A. 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>MN20. QUAND (prénom) 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>MN21. (prénom) 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>MN22. COMBIEN (prénom) 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>MN23. EST-CE-QUE VOS RÈGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (prénom)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITÉ (prénom)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>

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

EXAMENS DE SANTÉ POST-NATALS		PN
<p>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.</p> <p>Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 ici _____.</p> <p>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</p>		
<p>PN1. Vérifier MN18 : L'enfant est-il né dans une structure de santé?</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>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).</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>Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</p>	<p>Heures1 __ __</p> <p>Jours2 __ __</p> <p>Semaines3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas998</p>	
<p>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.</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>Oui1</p> <p>Non2</p>	
<p>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.</p> <p>A-T-ON CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	
<p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSÉ QUAND VOUS AVEZ QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire MN18).</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>Oui1</p> <p>Non2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>

<p>PN6. 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>PN7. 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>Oui1</p> <p>Non2</p>	
<p>PN8. ET EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTRÔLÉ <u>VOTRE SANTÉ</u> 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>Oui1</p> <p>Non2</p>	
<p>PN9. APRÈS LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTRÔLE LA SANTÉ DE (nom)?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p>
<p>PN10. 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>Oui1</p> <p>Non2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. UN TEL CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois1</p> <p>Plus d'une fois.....2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>PN12B. 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>Heures1 __ __</p> <p>Jours2 __ __</p> <p>Semaines3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas998</p>	

PN13. QUI A CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (nom) À CE MOMENT-LÀ?	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 Autre (préciser) _____ X	
PN14. OÙ A EU LIEU CE CONTRÔLE? <i>Insister pour déterminer le type de source.</i> <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i> _____ (Nom du lieu)	Domicile Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile 12 Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv. 21 CHR/Hôpital général. 22 Centre de santé Gouv. (ESPC) 23 Autre public (préciser) _____ 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique / infirmerie privée 32 Maternité privée 33 Autre privé médical (préciser) _____ 36 Autre (préciser) _____ 96	11⇒PN15 12⇒PN15 96⇒PN15
PN14A. QUEL EST LE NOM DE LA STRUCTURE OU CE CONTRÔLE A EU LIEU? <i>Enregistrer le code de la structure. Si la structure n'est pas pré-codée, choisir le code "999999996" et inscrire le nom dans l'espace prévu.</i>	Structure _____	
PN15. Vérifier MN18 : L'enfant est né dans une structure de santé? <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16 <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17		
PN16. APRÈS AVOIR QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?	Oui 1 Non 2	1⇒PN20 2⇒ Module suivant
PN17. Vérifier MN17 : Est-ce qu'un professionnel de la santé, fille de salle, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, fille de salle accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (MN17=A-G ou I) ⇒ Continuer avec PN18 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G ou I pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19		
PN18. APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?	Oui 1 Non 2	1⇒PN20 2⇒ Module suivant

SYMPTÔMES DES MALADIES		IS
<p>IS1. 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>IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ÊTRE CONDUITS IMMÉDIATEMENT DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ.</p> <p>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></p> <p>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
CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui, actuellement enceinte..... 1 Non..... 2 Pas sûre ou NSP..... 8	1⇒CP2A
CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒CP3
CP2A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR ÉVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant
CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ? <i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encrer chacune d'entre elles.</i>	Stérilisation féminineA Stérilisation masculineB Dispositif Intra Uterin (DIU)/Stérilet..... C Injections D Implants.....E Pilules.....F Condom masculin G Condom féminin H Diaphragme..... I Mousse/gelée J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique/Rythme L Retrait..... M Autre (<i>préciser</i>)X	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Aller à UN5		
UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ÊTES TOMBÉE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LÀ ?	Oui 1 Non 2	1⇒UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard..... 1 Pas d'autre enfant..... 2	
UN4. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRÈS L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PRÉFÉRERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /NSP 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
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?	Avoir un (autre) enfant..... 1 Pas d' (autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / NSP 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ____ Années..... 2 ____ Bientôt/Maintenant..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte . 994 Après le mariage..... 995 Autre 996 NSP..... 998	994⇒UN11
UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		

UN9. <i>Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ?</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Aller à UN13</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Continuer avec UN10</i>		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13
UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ÊTES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A Ménopause B N'a jamais eu de règles C Hystérectomie (utérus enlevé)..... D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès..... E Est en aménorrhée postpartum F Allaite G Trop âgée..... H Fataliste..... I Autre (<i>préciser</i>) X NSP Z	
UN12. <i>Vérifier UN11. “N'a jamais eu de règles” mentionné?</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Mentionné ⇒ Aller au Module suivant</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13</i>		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'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
FG1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE À COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
FG3. VOUS-MÊME, ÊTES-VOUS EXCISÉE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT À CE MOMENT-LÀ. VOUS A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
FG6. 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 NSP8	
FG7. 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 sûre98	
FG8. QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin.....11 Infirmière/sage-femme12 Aide-soignante13 Autre professionnel de la santé (<i>préciser</i>)16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle.....21 Accoucheuse traditionnelle22 Parent(e)23 Autre traditionnel (<i>préciser</i>)26 NSP98	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici	Nombre total de filles vivantes 	
FG10. JUSTE POUR ÊTRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (<i>nombre total à FG9</i>) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> Oui <div><input type="checkbox"/> Une ou plus fille vivante⇒ Continuer avec FG11</div> <div><input type="checkbox"/> Aucune fille vivante⇒ Aller à FG22</div> <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui		

FG11. Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses 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
FG12. Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
FG13. QUEL AGE A (nom)?	Age ____	Age ____	Age ____	Age ____
FG14. EST-CE QUE (NOM) A MOINS DE 15 ANS ?	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG15. EST-CE QUE (nom) ÉST EXCISÉE ?	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui1 Non2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG16. QUEL ÂGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVÉ ? Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.	Age ____ NSP98	Age ____ NSP98	Age ____ NSP98	Age ____ NSP98
FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ÉTÉ FAIT À (nom) À CE MOMENT-LÀ : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GÉNITALES ?	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ SES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8

FG19. LUI A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?</i>	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8
FG20. QUI A PROCÉDÉ À L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98	Professionnel de santé Médecin11 Infirmière/Sage-femme12 Aide-soignante..13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Parent(e).....23 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98
FG21.	<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"/>				

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

FISTULES		FI
FI1. 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. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU, EN PERMANENCE, DURANT LE JOUR ET LA NUIT, DES PERTES URINAIRES OU FÉCALES PAR LE VAGIN ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒FI3
FI2. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CE PROBLÈME ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
FI3. EST-CE-QUE CE PROBLÈME EST ARRIVÉ APRÈS UN ACCOUCHEMENT OU UNE FAUSSE COUCHE ?	Accouchement 1 Fausse couche..... 2 Ni l'un ni l'autre..... 3	3⇒FI5
FI4. EST-CE QUE CE PROBLÈME EST ARRIVÉ APRÈS UN TRAVAIL ET UN ACCOUCHEMENT NORMAUX OU APRÈS UN TRAVAIL ET UN ACCOUCHEMENT TRÈS DIFFICILES ?	Travail et Accouchement normaux 1 Travail et Accouchement difficiles..... 2	1⇒FI6 2⇒FI6
FI5. SELON VOUS, QU'EST-CE QUI A CAUSÉ CE PROBLÈME ?	Agression sexuelle 1 Opération du pelvis 2 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	8⇒FI7
FI6. COMBIEN DE JOURS APRÈS [<i>réponse à FI3 ou FI5</i>] LES PERTES ONT- ELLES COMMENCÉ ? <i>Enregistrer 90 si 90 jours ou plus</i>	Nombre de jours..... — — NSP 98	
FI7. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ UN TRAITEMENT POUR CE PROBLÈME ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒FI9
FI8. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS RECHERCHÉ DE TRAITEMENT ? <i>Insister et enregistrer tout ce qui est mentionné</i>	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	Toutes réponses ⇒Module suivant

FI9. 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	
FI10. AVEZ-VOUS EU UNE OPÉRATION POUR RÉSOUDRE LE PROBLÈME ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
FI11. 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
OHP1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU CANCER DU SEIN ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒OHP2
OHP1A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DU CANCER DU SEIN ?	Oui.....1 Non.....2	
OHP2. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒OHP4
OHP2A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS ?	Oui.....1 Non.....2	
OHP4. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'HÉPATITE B ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒ Module suivant
OHP4A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UN TEST DE L'HÉPATITE B ?	Oui.....1 Non.....2	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
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 :				
		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
MA1. 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
MA2. QUEL ÂGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister:</i> QUEL ÂGE AVAIT-IL À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age en années..... __ __ NSP..... 98	
MA3. 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
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL ?	Nombre __ __ NSP..... 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. 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
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE OU SÉPARÉE ?	Veuve..... 1 Divorcée..... 2 Séparée 3	
MA7. 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
MA8A. 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	
MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Année..... __ __ __ __ NSPAnnée 9998	⇒ Module suivant
MA9. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age en années..... __ __	

COMPORTEMENT SEXUEL		SB
Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquêtée.		
SB1. 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
SB2. 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	
SB3. 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
SB4. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?	Oui 1 Non 2	
SB5. 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:</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser) 6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Vérifier MA1 : <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7. QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel..... _ _ NSP 98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2⇒SB15

SB9. LA 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	
SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS 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
SB11. Vérifier MA1 et MA7 : <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		
SB12. QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel..... __ __ NSP..... 98	
SB13. 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
SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires __ __	
SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __ NSP..... 98	

VIH/SIDA	HA		
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒Module suivant	
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTÉ ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT 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		
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MÈRE À SON BÉBÉ : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> Oui Non NSP </div> Au cours de la grossesse 1 2 8 Pendant l'accouchement 1 2 8 En allaitant 1 2 8		
HA8AA. 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			
HA8BB. 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		
HA9. 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		

HA10. 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 ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ÉTAIT INFECTÉ PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ÉTAT RESTE SECRET ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA12. 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 ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA12A. 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?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA13. Vérifier CM13 : Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇒ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14		
HA14. Vérifier MN1 : A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24		
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRÉNATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), 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?	<div>O N NSP</div> SIDA par la mère 1 2 8 Choses à faire..... 1 2 8 Test de SIDA 1 2 8 Proposé un test..... 1 2 8	
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ÉTÉ TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRÉNATALS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17. 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

HA18. QUEL QUE SOIT LE RÉSULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUÉ LE TEST SONT SUPPOSÉES RECEVOIR DES CONSEILS APRÈS AVOIR REÇU LES RÉSULTATS. APRES AVOIR ÉTÉ TESTÉE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19. Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24		
HA20. JE NE VEUX PAS 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 ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2	
HA22. APRÈS LE TEST EFFECTUÉ LORS DE VOTRE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN AUTRE TEST DE VIH/SIDA?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUÉ LE TEST DU POUR LE VIRUS DU SIDA 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	1⇒Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
HA24. 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 Non 2	2⇒HA27
HA25. 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	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
HA27. 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		TA
TA1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA2. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière 00 Age ____	00⇒TA6
TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA4. AU COURS DES DERNIÈRES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉ?	Nombre de cigarettes ____	
TA5. 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	
TA6. 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
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?	Oui 1 Non 2	2⇒TA9A
TA8. 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	
TA9. 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	
TA9A. AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'UNE LOI QUI INTERDIT DE FUMER EN LIEU PUBLIC ?	Oui 1 Non 2	
TA10. 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
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒TA14

TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISÉ AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i>	Tabac à chiquer..... A Tabac à priser B Autre (<i>préciser</i>) X	
TA13. 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	
TA14. 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
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. 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
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". 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>	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
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOUR OÙ VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ____ ____	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
LS1. Vérifier WB2 : Age de la répondante entre 15 -24 ans ? <input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller à SCO1 <input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec LS2		
LS2. 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 HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRÈS MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES. <i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i>	Très heureuse.....1 Assez heureuse.....2 Ni heureuse ni malheureuse.....3 Assez malheureuse.....4 Très malheureuse.....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 SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRÈS INSATISFAITE. VOUS POUVEZ ÉGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS RÉPONSES. <i>Montrer le coté 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>		
LS3. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE DE VOS AMIS?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
LS5. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ACTUELLE (2015-2016), ÊTES-VOUS ALLÉE À L'ÉCOLE ?	Oui1 Non2	2⇒LS7
LS6. QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ÉCOLE?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	
LS7. QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail.....0 Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite.....5	

LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OÙ VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
LS10. 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 satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GÉNÉRAL ?	Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. 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 revenu0 Très satisfaite1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite3 Assez insatisfaite4 Très insatisfaite.....5	
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?	Améliorée.....1 Plus ou moins la même2 Empiré3	
LS15. ET DANS UN AN, À COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS À CE QUE, D'UNE MANIÈRE GÉNÉRALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MÊME OU SOIT PIRE ?	Meilleure1 Plus ou moins la même2 Pire3	

COHESION SOCIALE		SCO
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE COHÉSION SOCIALE ET DE VIE DANS VOTRE COMMUNAUTÉ</p> <p>SCO1. 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>	
SCO2. EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
SCO3. EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE MAISON ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
SCO4. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTES GROUPE ETHNIQUE S FRÉQUENTENT LA MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
SCO4A. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTES RELIGIONS FRÉQUENTENT UNE MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
SCO5. 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>	
SCO6. 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>	
SCO6A. 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>SCO7. 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>SCO8. 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> <p>[A] FILLES</p> <p>[B] GARÇONS</p> <p>[C] FEMMES</p> <p>[D] HOMMES</p> <p>[E] ADOLESCENTS/JEUNES</p>	<p style="text-align: center;">Toujours Parfois Jamais</p> <p>Filles 1 2 3</p> <p>Garçons 1 2 3</p> <p>Femmes 1 2 3</p> <p>Hommes 1 2 3</p> <p>Ado/jeunes 1 2 3</p>	
<p>SCO9. 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</p> <p>[B] ENFANTS</p> <p>[C] PAIRS</p> <p>[D] PERSONNES DE VOTRE RELIGION/CROYANCE</p> <p>[E] PERSONNES D'AUTRES RELIGIONS</p> <p>[F] PERSONNES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE</p> <p>[G] PERSONNES D'AUTRES GROUPES ETHNIQUES</p> <p>[H] LEADERS COMMUNAUTAIRES</p> <p>[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</p> <p>Enfants 1 2 3 8</p> <p>Pairs 1 2 3 8</p> <p>Même religion 1 2 3 8</p> <p>Autres religions 1 2 3 8</p> <p>Même Groupe 1 2 3 8</p> <p>ethnique 1 2 3 8</p> <p>Autres Groupe 1 2 3 8</p> <p>ethnique s 1 2 3 8</p> <p>Leaders Comm.</p> <p>Autorités locales</p>	
<p>SCO10. 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</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	

SCO11. 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:					
		Totale ment	Assez	Pas Beau coup	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
SCO12. PENSEZ- VOUS AVOIR LE POTENTIEL D'APPORTER DES CHANGEMENTS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ ?	Oui 1 Non 2				
SCO13. EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE FAMILLE?	Oui 1 Non 2				
SCO13A. Vérifier SCO1 : L'enquête considère-t-il principalement sa famille comme étant sa communauté ? <input type="checkbox"/> Famille (SCO1=1) ⇒ Aller à SCO15 <input type="checkbox"/> Autres réponses (2, 3, 4,5 ,6 ou 8) ⇒ Continuer avec SCO14.					
SCO14. EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?	Oui 1 Non 2				
SCO15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS PRIS PART AUX ACTIVITÉS SUIVANTES :			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	
SCO16. Vérifier WB2 : Age de la répondante est-il supérieur ou égal à 18 ans ? <input type="checkbox"/> N'a pas atteint la majorité (18 ans) ⇒ Aller à SCO17 <input type="checkbox"/> A atteint la majorité (18 ans) ⇒ Continuer avec SCO16A.					
SCO16A. QUAND IL Y A UNE ÉLECTION, EST CE QUE VOUS VOTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS?	Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3				

SCO17. EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS ÊTES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES : JE SUIS SATISFAIT(E) DES OPPORTUNITÉS DE REVENUS DISPONIBLES QUI S'OFFRENT À MOI.	D'accord..... 1 Pas d'accord 2																																														
SCO18. JE PENSE QUE J'AI LES MÊMES CHANCES QUE TOUT LE MONDE D'ACCÉDER À DES ACTIVITÉS GÉNÉRATRICES DE REVENUS	D'accord..... 1 Pas d'accord 2																																														
SCO19. JE VAIS NOMMER UN CERTAIN NOMBRE D'INSTITUTIONS/PERSONNES. POUR CHACUNE, POUVEZ-VOUS ME DIRE COMBIEN VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE ? ✓ <i>Si fait confiance relancer pour savoir si fait confiance totalement ou assez confiance</i> ✓ <i>Si pas confiance relancé pour savoir si pas beaucoup ou pas du tout</i> [A] LEADERS RELIGIEUX/COMMUNAUTAIRES [B] ENSEIGNANTS/PROFESSEURS [C] AGENTS DE SANTE [D] ELUS (MAIRE, CONSEIL RÉGIONAL, GOUVERNEUR DE DISTRICT) [E] LES FONCTIONNAIRES DE L'ÉTAT [F] PARLEMENT [G] POLICE/GENDARMERIE [H] JUSTICE	<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																																											
SCO20. QUEL EST LE MOYEN PRINCIPAL LE PLUS COMMUN AVEC LEQUEL VOTRE COMMUNAUTÉ RÉSOUT LES CONFLITS ?	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 Autre (préciser) 6 NSP..... 8																																														
SCO21. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE LES MEMBRES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE SONT ÉCOUTÉS PENDANT LES PROCESSUS DE RÉOLUTION DE CONFLITS ?	Toujours..... 1 Parfois..... 2 Jamais..... 3 NSP..... 8																																														

WM11. Enregistrer l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

MESURES ANTHROPOMÉTRIQUES DE LA FEMME NON ENCEINTE		WAN
<i>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.</i>		
WAN1A. <i>Vérifier CP1 : Est enceinte</i> <input type="checkbox"/> Oui, ⇨ Fin du questionnaire <input type="checkbox"/> Non, ⇨ Continuer avec WAN1		
WAN1. <i>Nom et code du mesureur :</i>	Nom _____	
WAN2. <i>Résultat des mesures de la taille et du poids</i>	Une ou les deux mesures..... 1	
	Femme non présente 2	2⇨WM12
	Femme a refusé 3	3⇨ WM12
	Autre (préciser) _____ 6	6⇨ WM12
WAN3. <i>Poids de la femme</i>	Kilogrammes (kg) _____	
	Poids non mesuré 999,9	
WAN4. <i>Grandeur ou taille de la femme</i>	Grandeur/Taille (cm) _____	
	Grandeur/Taille pas mesurée..... 999,9	






WM12. <i>Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.</i> <i>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?</i> <input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquêtée. <input type="checkbox"/> Non. ⇨ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture.
--

Observations de l'enquêteur/enquêtrice






Observations du Chef d'équipe

Observations du superviseur

CARTE-RÉPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :**COTÉ 1**

Très heureuse	Assez heureuse	Ni heureuse, ni malheureuse	Assez malheureuse	Très malheureuse
				

COTÉ 2

Très satisfaite	Assez satisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Assez insatisfaite	Très insatisfaite
				

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 : <div style="text-align: right;">_ _ _</div>	MWM2. Numéro de ménage : <div style="text-align: right;">_ _</div>	
MWM3. Nom de l'homme : Nom _____	MWM4. Numéro de ligne de l'homme : <div style="text-align: right;">_ _</div>	
MWM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview : <div style="text-align: right;">_ _ _ / _ _ _ / 2 0 1 6</div>	

<i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquête :</i> 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.	<i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i> 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
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <div style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ <i>Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ <i>Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</i></div>	

MWM7. Résultat de l'enquête Homme	<div style="margin-left: 20px;">Rempli..... 01 Pas à la maison 02 Refus..... 03 Partiellement rempli 04 Incapacité..... 05 Autre (préciser) _____ 96</div>
--	---

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

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

CARACTÉRISTIQUES DE L'HOMME		MWB
MWB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois..... — — NSP mois 98 Année — — — — NSP année..... 9998	
MWB2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ? <i>Insistez: QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparez et corrigez MWB1 et/ou MWB2 si incohérentes</i>	Age (en années révolues)..... — —	
MWB2A. 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	
MWB2B. 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	
MWB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MWB7
MWB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Préscolaire 0 Primaire..... 1 Secondaire..... 2 Supérieur 3	0⇒MWB7
MWB5. QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHÉVÉE À CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe du niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/Classe..... — —	
MWB6. Vérifier MWB4 : <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire (MBW4 = 1) ⇒ Continuer avec MWB7		

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

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DES TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MMT
MMT1. Vérifier MWB7 :		
<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		
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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MMT3. VOUS ÉCOUTEZ LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MMT4. 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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MMT5. Vérifier MWB2 : Age du répondant ?		
<input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec MMT6		
<input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller au Module suivant		
MMT6. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ UN ORDINATEUR?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MMT9
MMT7. AVEZ- VOUS UTILISÉ UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MMT9
MMT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, 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?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	
MMT9. AVEZ-VOUS DÉJÀ UTILISÉ INTERNET?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
MMT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quel que soit le lieu et avec n'importe quel appareil.</i>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
MMT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS UTILISÉ INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout..... 4	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE				MDV
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 :		<div>Oui Non NSP</div>		
[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
MMA1. 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
MMA3. AVEZ-VOUS D'AUTRES ÉPOUSES OU VIVEZ-VOUS AVEC D'AUTRES FEMMES COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIE ?	Oui (plus d'une femme) 1 Non (seulement une femme) 2	2⇒MMA7
MMA4. COMBIEN D'AUTRES ÉPOUSES / FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIE AVEZ-VOUS ?	Nombre __ __	⇒MMA8B
MMA5. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ OU AVEZ-VOUS DÉJÀ VÉCU AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIE ?	Oui, a été marié 1 Oui, a vécu avec une femme..... 2 Non 3	3 ⇒ Module suivant
MMA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUF, DIVORCÉ OU SÉPARÉ ?	Veuf..... 1 Divorcé..... 2 Séparé 3	
MMA7. 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
MMA8A. 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	
MMA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉ POUR <u>LA PREMIÈRE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE POUR <u>LA PREMIÈRE FOIS</u> AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉ	Année __ __ __ __ NSP année 9998	⇒ Module suivant
MMA9. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE (PREMIÈRE) ÉPOUSE/PARTENAIRE ?	Age en années..... __ __	

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquête.		
MSB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITÉ SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLÈMES DE LA VIE. 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 ?	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
MSB2. 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	
MSB3. 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⇒MSB15
MSB4. LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?	Oui..... 1 Non..... 2	
MSB5. 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 'petite amie', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Epouse/femme 1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Prostituée 5 Autre (préciser) 6	
MSB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MSB15
MSB9. LA 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	

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
MSB10. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petite amie', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ÉTIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Epouse/femme 1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Prostituée 5 Autre (<i>préciser</i>) 6	
MSB13. 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⇒MSB15
MSB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires _ _	
MSB15. 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		MHA
MHA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.	Oui..... 1	2⇒ Module suivant
AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?	Non 2	
MHA2. 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	
MHA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
MHA4. 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	
MHA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
MHA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
MHA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	
MHA8. 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	
MHA8AA. 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		
MHA8BB. 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	
MHA9. 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
MHA10. 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	
MHA11. 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	
MHA12. 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	
MHA12A. 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	
MHA24. 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 Non 2	2⇒MHA27
MHA25. 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	
MHA26. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RÉSULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
MHA27. 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
MTA1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
MTA2. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière..... 00 Age..... ____	00⇒MTA6
MTA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
MTA4. AU COURS DES DERNIÈRES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉ?	Nombre de cigarettes..... ____	
MTA5. 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	
MTA6. 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
MTA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC À FUMER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA9A
MTA8. 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 ChichaB CigarillosC PipeD Gbozro/M'Gbozro.....E Autre (à préciser)_____X	
MTA9. 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	
MTA9A. AVEZ-VOUS CONNAISSANCE D'UNE LOI QUI INTERDIT DE FUMER EN LIEU PUBLIC ?	Oui..... 1 Non..... 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
MTA10. 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
MTA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISÉ DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒MTA14
MTA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS 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	
MTA13. 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	
MTA14. 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
MTA15. 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
MTA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". 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
MTA17. 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
MLS1. 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		
MLS2. 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 coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête.</i>	Très heureux1 Assez heureux.....2 Ni heureux ni malheureux3 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 coté 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>		
MLS3. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-À-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS5. DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE ACTUELLE (2015-2016), ÊTES-VOUS ALLÉ À L'ÉCOLE ?	Oui1 Non2	2⇒MLS7
MLS6. QUEL EST (ÉTAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ÉCOLE?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail.....0 Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
MLS8 QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTÉ ?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS9. 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 satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS10. 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 satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GÉNÉRAL ?	Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS13. 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 revenu0 Très satisfait1 Assez satisfait.....2 Ni satisfait ni insatisfait3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait5	
MLS14. 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 ?	Améliorée1 Plus ou moins la même2 Empiré3	
MLS15. 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 ?	Meilleure1 Plus ou moins la même2 Pire3	

COHESION SOCIALE		SCO
<p>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE COHÉSION SOCIALE ET DE VIE DANS VOTRE COMMUNAUTÉ</p> <p>MSCO1. 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>	
MSCO2. EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
MSCO3. EN GÉNÉRAL, VOUS SENTEZ-VOUS EN SÉCURITÉ DANS VOTRE MAISON ?	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
MSCO4. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTES GROUPE ETHNIQUE S FRÉQUENTENT LA MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
MSCO4A. SELON VOUS, EST-IL TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS ACCEPTABLE QUE DES ENFANTS DE DIFFÉRENTES RELIGIONS FRÉQUENTENT UNE MÊME ÉCOLE ?	<p>Toujours..... 1</p> <p>Parfois..... 2</p> <p>Jamais..... 3</p>	
MSCO5. 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>	
MSCO6. 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>	
MSCO6A. 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>MSCO7. 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 GROUPE 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>	

COHESION SOCIALE					SCO	
MSCO8. 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 ?						
		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		
MSCO9. JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER COMBIEN VOUS VOUS SENTEZ RESPECTÉE PAR DIFFÉRENTS GROUPES/PERSONNES. EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS PENSEZ QUE LES PERSONNES DES GROUPES SUIVANTS VOUS RESPECTENT TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS?						
		Tou jours	Par fois	Ja mais	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		1	2	3	8	
[I] AUTORITES LOCALES	Leaders Comm.	1	2	3	8	
	Autorités locales					
MSCO10. 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 ?						
	Toujours.....				1	
	Parfois.....				2	
	Jamais.....				3	

COHESION SOCIALE				SCO	
MSCO11. 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:					
		Totale ment	Assez	Pas Beau coup	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
MSCO12. PENSEZ- VOUS AVOIR LE POTENTIEL D'APPORTER DES CHANGEMENTS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ ?		Oui 1 Non 2			
MSCO13. EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE FAMILLE?		Oui 1 Non 2			
MSCO13A. Vérifier MSCO1 : L'enquête considère-t-il principalement sa famille comme étant sa communauté ? <input type="checkbox"/> Famille (MSCO1=1) ⇒ Aller à MSCO15 <input type="checkbox"/> Autres réponses (2, 3, 4, 5 ,6 ou 8) ⇒ Continuer avec MSCO14.					
MSCO14. EST-CE QUE VOUS VOUS SENTEZ LIBRE D'EXPRIMER VOS PRÉOCCUPATIONS DANS VOTRE COMMUNAUTÉ?		Oui 1 Non 2			
MSCO15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS PRIS PART AUX ACTIVITÉS SUIVANTES :		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	
MSCO16. Vérifier MWB2 : Age du répondant est-il supérieur ou égal à 18 ans ? <input type="checkbox"/> N'a pas atteint la majorité (18 ans) ⇒ Aller à MSCO17 <input type="checkbox"/> A atteint la majorité (18 ans) ⇒ Continuer avec MSCO16A.					
MSCO16A. QUAND IL Y A UNE ÉLECTION, EST CE QUE VOUS VOTEZ TOUJOURS, PARFOIS OU JAMAIS?		Toujours 1 Parfois 2 Jamais 3			

COHESION SOCIALE		SCO																																																								
MSCO17. EST-CE QUE VOUS POUVEZ ME DIRE SI VOUS ÊTES D'ACCORD OU PAS D'ACCORD AVEC LES AFFIRMATIONS SUIVANTES : JE SUIS SATISFAIT(E) DES OPPORTUNITÉS DE REVENUS DISPONIBLES QUI S'OFFRENT À MOI.	D'accord..... 1 Pas d'accord 2																																																									
MSCO18. JE PENSE QUE J'AI LES MÊMES CHANCES QUE TOUT LE MONDE D'ACCÉDER À DES ACTIVITÉS GÉNÉRATRICES DE REVENUS	D'accord..... 1 Pas d'accord 2																																																									
MSCO19. JE VAIS NOMMER UN CERTAIN NOMBRE D'INSTITUTIONS/PERSONNES. POUR CHACUNE, POUVEZ-VOUS ME DIRE COMBIEN VOUS LEUR FAITES CONFIANCE OU PAS CONFIANCE ? ✓ <i>Si fait confiance relancer pour savoir si fait confiance totalement ou assez confiance</i> ✓ <i>Si pas confiance relancé pour savoir si pas beaucoup ou pas du tout</i>	<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																																																					
MSCO20. QUEL EST LE MOYEN PRINCIPAL LE PLUS COMMUN AVEC LEQUEL VOTRE COMMUNAUTÉ RÉSOUT LES CONFLITS?	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 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8																																																									
MSCO21. EST-CE QUE VOUS PENSEZ QUE LES MEMBRES DE VOTRE GROUPE ETHNIQUE SONT ÉCOUTÉS PENDANT LES PROCESSUS DE RÉOLUTION DE CONFLITS ?	Toujours..... 1 Parfois..... 2 Jamais..... 3 NSP 8																																																									






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

Observations du Chef d'équipe



Observations du Superviseur

CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE

CARTE COTÉ 1

Très heureux	Assez heureux	Ni heureux, ni malheureux	Assez malheureux	Très malheureux
				

CARTE COTÉ 2

Très satisfait	Assez satisfait	Ni satisfait, ni insatisfait	Assez insatisfait	Très insatisfait
				

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 H15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne H17B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.</i></p>		
UF1. Numéro de grappe : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-top: 5px;"></div>	UF2. Numéro de ménage : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-top: 5px;"></div>	
UF3. Nom de l'enfant : Nom <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-top: 5px;"></div>	
UF5. Nom de la mère / personne en charge de l'enfant : Nom <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	UF6. Numéro de ligne de la mère / personne en charge de l'enfant : <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100px; margin-top: 5px;"></div>	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">/ 2016</div> </div>	

<p><i>Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p>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 (<i>NOM DE L'ENFANT EN UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</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>MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE DE (<i>NOM DE L'ENFANT EN UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</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>	

UF9. 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 maison02 Refusé03 Partiellement rempli.....04 Incapacité05 Autre (<i>préciser</i>) 96
--	---

UF10. Nom et numéro du chef d'équipe : Nom <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px; margin-top: 5px;"></div>

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

AGE	AG	
<p>AG1. 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>AG2. 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
BR1. (<i>Prénom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>Prénom</i>) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE DANS UN CENTRE D'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2	1⇒ Module Suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (<i>Prénom</i>) ?	Oui 1 Non 2	
BR3A. 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
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (Prénom) ?	Aucun00 Nombre de livres d'enfant0 ____ Dix livres ou plus10	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (Prénom) UTILISÉ POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUÉS A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MÉNAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVÉS DEHORS (COMME DES BÂTONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ? <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>	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> Jouets fabriqué à la maison1 2 8 Jouets de magasin1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors1 2 8	
EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSÉE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ: [A] LAISSÉ SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [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 ? <i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i>	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure..... ____ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... ____	
EC4. Vérifier AG2 : Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5		
EC5. (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 ?	Oui1 Non2 NSP8	

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT					EC
EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPÉ AVEC (nom) À L'UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES : <i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPÉ À CETTE ACTIVITÉ AVEC (Prénom) ? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>					
		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne
[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ?	Lire des livres	A	B	X	Y
[B] RACONTER DES HISTOIRES À (nom) ?	Raconter des histoires	A	B	X	Y
[C] CHANTER DES CHANSONS À (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?	Chanter des chansons	A	B	X	Y
[D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RÉSIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?	Promener	A	B	X	Y
[E] JOUER AVEC (nom) ?	Jouer	A	B	X	Y
[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (Prénom) ?	Nommer/Compter	A	B	X	Y
EC8. 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. EST-CE QUE (Prénom) CONNAÎT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			
EC9. EST-CE QUE (Prénom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			
EC10. EST-CE QUE (Prénom) PEUT CITER ET RECONNAÎTRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 À 10 ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			
EC11. EST-CE QUE (Prénom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			
EC12. EST-CE QUE (Prénom) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8			

DÉVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC13. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC14. 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	
EC15. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
EC16. 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	
EC17. EST-CE QUE (<i>Prénom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD																																				
BD1. Vérifier AG2 : Age de l'enfant <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																																						
BD2. EST-CE QUE (Prénom) A ÉTÉ ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒BD4 8⇒BD4																																				
BD3. EST-CE QUE (Prénom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2																																					
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																																					
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (Prénom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE RÉHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																																					
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 ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																																					
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. 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/SOUPÉ 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><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		
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.				
EST-CE QUE (Prénom) A MANGE (Nom de l'aliment)HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP
[A] YAOURT ?	Yaourt	1	2	8
Si <u>Oui</u> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (Prénom) A MANGE/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 IGNAMEs, 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 FONCE ?	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 LAITIER ?	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
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O", y compris P et Q) <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10				
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou moushier, pendant le jour ou la nuit ? <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				
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois.....	—		
	NSP	8		

VACCINATIONS		IM							
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									
IM1. 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 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3						1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui 1 Non 2						1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) 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.								
FIEVRE JAUNE	FJ								
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1								
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2								

VACCINATIONS		IM
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5		
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRÉ SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19 <input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19		
IM6. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNÉES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM7. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM11A. 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
IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTAVALENT (DTCOQ+HEP B +HIB) A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM14A. 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	
IM14B. 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
IM14C. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PCV A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	

VACCINATIONS		IM
IM14D. 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 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14E. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN ROTATEQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois	
IM16. 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	
IM17. 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	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPÉ À L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU À L'UNE DES JOURNÉES DE VITAMINE A SUIVANTES OU À L'UNE DES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT SUIVANTES: [A] 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	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> 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
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. 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	
CA3. 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	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. 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> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>)	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
CA3D. Vérifier CA3B. Un des codes A-O est-il sélectionné ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA3C <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA4		
CA3C. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHE DES SOINS ? <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 ^{ère} structure/ASC _____ 2 ^e structure/ASC _____ 3 ^e structure/ASC _____ 4 ^e structure/ASC _____	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ SRO (ORASEL)? [B] UN LIQUIDE PRÉ-CONDITIONNE POUR LA DIARRHÉE	<div>O N NSP</div> <div>sachet SRO(ORASEL)1 2 8</div> <div>Liquide SRO pré-conditionné1 2 8</div>	
CA4A. Vérifier CA4 : SRO (Orasel) <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		
CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ? <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)	<div>Secteur public</div> <div>CHU/Centre spécialisé Gouv.....11</div> <div>CHR/Hôpital général.....12</div> <div>Centre de santé Gouv. (ESPC)13</div> <div>Agent de santé communautaire.....14</div> <div>Clinique mobile/communautaire15</div> <div>Autre centre médical public (préciser) _ 16</div> <div>Secteur médical privé</div> <div>Hôpital/clinique privé21</div> <div>Médecin privé22</div> <div>Pharmacie privée23</div> <div>Clinique mobile24</div> <div>Autre médical privé (préciser) _____ 26</div> <div>Autre source</div> <div>Parent (e)/ Ami (e)31</div> <div>Boutique.....32</div> <div>Praticien traditionnel33</div> <div>Pharmacie par terre/ Rue34</div> <div>En avait déjà à la maison40</div> <div>Autre (préciser) _____ 96</div>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ : [A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ? [B] DU SIROP DE ZINC ?	O N NSP Comprimés de Zinc 1 2 8 Sirop de Zinc 1 2 8	
CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc? <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		
CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ? <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	
CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS : <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i> [A] EAU SUCRÉE ET SALÉE [B] BOUILLIE DE RIZ/MIL [C] JUS DE COCO FRAIS [D] SOUPE DE CAROTTE [E] EAU PROPRE [F] FEUILLE DE GOYAVE [G] AUTRE	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	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A

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

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA11. 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> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> <div style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</div>	Secteur public CHU/Centre spécialisé Gouv.A CHR/Hôpital général.B Centre de santé Gouv. (ESPC).....C Agent de santé communautaireD Clinique mobile/communautaire.....E Autre centre médical public (<i>préciser</i>)H Secteur médical privé Hôpital/clinique privéI Médecin privéJ Pharmacie privéeK Clinique mobileL Autre médical prive (<i>préciser</i>)O Autre source Parent (e)/ Ami (e)P BoutiqueQ Praticien traditionnelR Pharmacie par terre/ RueS Autre (<i>préciser</i>)X	
CA11B. Vérifier CA11. Un des codes A-O est-il sélectionné ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA11A <input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA12		
CA11A. QUEL EST LE NOM DE LA(LES) STRUCTURE(S) OU AGENTS DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES OU VOUS AVEZ RECHERCHE DES SOINS ? <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 ^{ère} structure/ASC _____ 2 ^e structure/ASC _____ 3 ^e structure/ASC _____ 4 ^e structure/ASC _____	
CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒CA14 8⇒CA14

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA13. QUEL(S) MÉDICAMENT(S) A-T-ON DONNÉ À (nom) ?</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+Luméfantrine ... 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>Paracetamol /Panadol/Acetaminophen.. P</p> <p>Aspirine..... Q</p> <p>Ibuprofen, diclofénac R</p> <p>Autre (préciser) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇨ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</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
CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13D <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA14		
CA13D. OÙ AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)? <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> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 200px; margin: 0 auto;"></div> (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	
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)? <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i>	Même jour 0 Jour suivant 1 2 jours après début de la fièvre 2 3 jours après début de la fièvre 3 4 jours ou plus après début de la fièvre 4 NSP 8	
CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15 <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13		
CA15. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ DÉFÉQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÉMENTS?	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	

UF13. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes __ __ : __ __	
----------------------------	--------------------------------------	--

UF14. 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 ?

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

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

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

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

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du chef d'équipe

Observations du Mesureur



Côte d'Ivoire, 2016

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



PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE		WQ
<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>		
<i>Ce questionnaire doit être annexé aux autres questionnaires du ménage.</i>		
WQ1. Numéro de grappe: _____	WQ2. Numéro du ménage: _____	
WQ3. Nom et numéro du testeur : Nom _____	WQ4. Jour/ Mois/ Année de l'enquête : ____ / ____ / 2 0 1 6	
WQ4C. Le ménage est-il sélectionné pour le test à blanc ?	Oui1 Non2	
<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>		
WQ5. 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
WQ6. 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
WQ9. AVEZ-VOUS FAIT QUELQUE CHOSE À CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINES ?	Oui..... 1 Non..... 2 Ne sais pas 8	2⇒WQ11 8⇒WQ11
WQ10. QU'AVEZ-VOUS FAIT À CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINES À BOIRE?	La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / ChloreB 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 pasZ	
WQ11. 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	
WQ11A. 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
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 ? <i>Si non, rechercher pour quelle raison?</i>	Oui..... 1 Non Source d'eau trop éloignée 2 Impossible d'accéder à la source 3 Autre raison (<i>préciser</i>) 6 Ne sait pas où la source est située 8	2⇒ WQ17 3⇒ WQ17 6⇒ WQ17 8⇒ WQ17
WQ16. REALISER LE TEST DE L'EAU A LA SOURCE <i>En utilisant un échantillon d'eau pris a la source, réaliser le test de la qualité de l'eau.</i> <i>Etiquetage : S-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 à la source a été mené ou non.</i>	Test bactérien à la source mené..... 1 Test bactérien à la source non mené..... 2	
WQ17. <i>Vérifier WQ4C.</i> <input type="checkbox"/> Ménage sélectionné pour le test à blanc ⇒ Continuer avec WQ18. <input type="checkbox"/> Ménage non sélectionné pour le test à blanc ⇒ Remercier le répondant. L'entretien est terminé.		
WQ18. REALISER LE TEST A BLANC <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> <i>Etiquetage : B-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 à blanc a été mené ou non.</i>	Test bactérien à blanc mené..... 1 Test bactérien à blanc non mené..... 2	
<i>Remercier le répondant. L'entretien est terminé.</i>		

RÉSULTATS DES TESTS DE LA QUALITÉ DE L'EAU		RESULT
Après 24-48 heures d'incubation, les résultats des tests de la qualité de l'eau doivent être saisis.		
WQ19. Jour / Mois / Année de saisie des résultats: _____ / _____ / 2016		
Saisir les résultats des tests des échantillons d'eau pris dans les ménages : -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'.		
WQ20. Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de 1 mL	Nombre de colonies	_____
WQ21. Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de 1 mL	Nombre de colonies	_____
WQ22. Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de 100 mL	Nombre de colonies	_____
WQ23. Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de 100 mL	Nombre de colonies	_____
Saisir les résultats des tests des échantillons d'eau pris à la source : -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'.		
WQ28. Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de 1 mL .	Nombre de colonies	_____
WQ29. Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de 1 mL	Nombre de colonies	_____
WQ30. Noter le nombre de colonies <u>violettes</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de 100 mL	Nombre de colonies	_____
WQ31. Noter le nombre de colonies <u>bleues</u> présentes dans un échantillon d'eau de source de 100 mL	Nombre de colonies	_____

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