



Annexe F. Questionnaires

December 2014



QUESTIONNAIRE POUR ENFANT MOINS DE 5 ANS Mauritanie - 2015

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HL15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.</i></p>		
UF1. Numéro de grappe : <div style="text-align: right;">___ _</div>	UF2. Numéro de ménage : <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF5. Nom de la mère / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : <div style="text-align: right;">___ _</div>	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : <div style="text-align: right;">___ / ___ / 2015__</div>	

<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE 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><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 SANTE ET DU BIEN-ETRE 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 ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe ⇒ Encercler '03' à UF9.</i></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 maison 02 Refusé 03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (<i>préciser</i>) 96
--	--

UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes __ __ : __ __	
-----------------------------------	--------------------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardienne 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 2 015</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister : QUEL AGE A EU (<i>nom</i>) A 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. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE ENREGISTRE/E A LA NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE VOIR L'ACTE DE NAISSANCE/D'ENREGISTREMENT ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	 2⇒BR2 3⇒BR3 8⇒Module suivant
BR1A. Vérifier l'acte de naissance <input type="checkbox"/> <i>Enfant a un acte nouveau ⇒ Aller au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Enfant a un ancien acte de naissance ⇒ Continuer avec BR2</i>		
BR2. EST-CE QUE (Nom) EST ENROLE A L'ETAT CIVIL? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE VOIR L'ACTE DE NAISSANCE /D'ENREGISTREMENT ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	 1⇒Module suivant 2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
BR3. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LA QUELLE LA NAISSANCE DE (nom) N'A PAS ETE ENROLEE?	Père ou mère pas enrôlés 01 Pas d'acte de mariage des parents 02 Pas d'acte de décès du père/mère 03 Père ou mère absent 04 Eloignement du centre d'enrôlement 05 Procédures longues 06 Ne sait pas comment s'enrôler 07 Autre (<i>préciser</i>) 96 NSP 98	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?	Aucun 00 Nombre de livres d'enfant 0 ____ Dix livres ou plus 10	
EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : <div style="text-align: right;">O N NSP</div> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>Jouets fabriqués à la maison..... 1 2 8</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>Jouets de magasin 1 2 8</p> <p>[C] DES OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8</p> <p><i>Si l'enquête(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>		
EC3. PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: <p>[A] LAISSE/E SEUL/E PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE/E A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ____</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant de moins de dix ans pendant plus d'une heure ____</p>	
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. (Nom) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UN CENTRE D'ACCUEIL COMMUNAUTAIRE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (nom) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (nom)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/Compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/Compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/Compter	A	B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC9. EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QUE (nom) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																																				

EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLS INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</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>nom</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 (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ BD4 8 ⇒ BD4
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE/ LEMLEIHA) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES <u>VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT</u> ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:	<div style="text-align: right;">O N NSP</div>	
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau 1 2 8	
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS?	Jus ou boissons à base de jus 1 2 8	
[C] DE LA SOUPE CLAIRE (bouillon)?	Bouillon 1 2 8	
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait 1 2 8	
<i>Si oui à [D]: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois <u>lait bu</u> —	
[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Préparation de lait maternisé pour enfant 1 2 8	
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT MATERNISE POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé —	
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i> _____	Autres liquides 1 2 8	

BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. À NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.				
EST-CE QUE (nom) A MANGÉ (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>		Nombre de fois a mangé/bu yaourt —		
[B] NOURRITURE FORTIFIÉE POUR BEBÉ, COMME CEDRELA, BLEDINA, PHOSPHATINE, NJUUMAN, CEREAMINE?	cerelac, bledina, phosphatine, njuuman, cereamine	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PÂTES, COUSCOUS, BOUILLIE (ENCHE), MAÏS, SORGHO, BLE, MIL OU AUTRES ALIMENTS À BASE DE GRAINS ?	Aliments faits à base de grains ?	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE À L'INTÉRIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	P. de terres, ignames, manioc etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LÉGUME À FEUILLES VERTES FONCÉES ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES ?	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, CHAMEAU, MOUTON, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, chameau, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS ?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SÈCHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS À BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES, ARACHIDES OU NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIÈRE ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNÉS ? <i>Préciser _____</i>	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O") <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 mous hier, 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 ?		Nombre de fois NSP8		

Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.

VACCINATIONS		IM							
Si un carnet de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet. Les questions IM6-IM16 ne seront posées que si un carnet n'est pas disponible									
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3						1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui 1 Non 2						1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la CARNET montre qu'un vaccin a été fait mais <u>la date n'est pas donnée</u> .		Date de la vaccination							
		jour		Mois		Année			
BCG	BCG								
POLIO A LA NAISSANCE	POLIO0								
POLIO 1	POLIO1								
POLIO 2	POLIO2								
POLIO 3	POLIO3								
PENTA 1	PENTA1								
PENTA 2	PENTA2								
PENTA 3	PENTA3								
HEPB A LA NAISSANCE	HEP0								
PCV1	PCV1								
PCV2	PCV2								
PCV3	PCV3								
ROUGEOLE	ROUG.								
VITAMINE A (PREMIERE DOSE)	VITA1								
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)	VITA2								
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à Rougeole) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non⇒ Continuer avec IM5									
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATION ? <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 (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM11A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE ? POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE, L'HEPATITE B, LE HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin le Penta est parfois donné en même temps que la polio et BCG.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM14A 8⇒IM14A
IM12A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PENTA A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM14A. EST-CE QU'UNE DOSE D'HEPATITE B, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LA CUISSE GAUCHE A ÉTÉ DONNÉE A (<i>nom</i>) DANS LES 24H APRES LA NAISSANCE ?	Oui, dans les 24 heures 1 Oui, mais pas dans les 24 heures 2 Non 3 NSP 8	
IM14B. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « UN VACCIN PCV » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER 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⇒IM16 8⇒IM16
IM14C. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PCV A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU ROR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES OU JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU A L'UNE DES JOURNEES DE VITAMINE A SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT SUIVANTES:		
[A] OCT ET NOV 2012/POLIO	Polio 2012 1 2 8	
[B] AVRIL ET MAI 2013/ POLIO	Polio 2013 1 2 8	
[C] SEPT ET NOV 2014 /POLIO	Polio 2014 1 2 8	
[D] OCT 2014/ MENINGITE	Meningite2014 1 2 8	
[E] Nov 2014/ ROUGEOLE	Rougeole 2014 1 2 8	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
CA1. EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA6A 8⇒CA6A
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (nom) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	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 DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ? <i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</i> <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i> <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital A Centre de santé/Polyclinique B Poste de santé C Agent de santé communautaire D Clinique mobile/ communautaire E Autre médical publique H Secteur médical privé Clinique privée I Médecin privé J Pharmacie privée K Clinique mobile L Autre médical prive O Autre source Parent (e)/ Ami (e) P Boutique Q Praticien traditionnel / Marabouts R Autre (préciser) X	

<p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL DE SRO APPELÉ LEMLEIHA</p> <p>[C] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À LA MAISON POUR LA DIARRHÉE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SRO/Lemleiha 1 2 8</p> <p>Liquide maison 1 2 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO/ LEMLEIHA</p> <p><input type="checkbox"/> SRO/lemleiha a été donné à l'enfant ('1' encerclé à A dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO/lemleiha n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C</p>		
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO/LEMLEIHA ?</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 style="text-align: center;">(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</p> <p>[A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Comprimés de Zinc 1 2 8</p> <p>Sirop de Zinc 1 2 8</p>	
<p>CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('1' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>		

<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</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>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) UN LIQUIDE PRÉPARÉ À LA MAISON POUR LA DIARRHÉE, AVEC EAU-SEL ET SUCRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA6A</p> <p>8 ⇒ CA6A</p>

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

<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Centre de santé/Polyclinique B</p> <p>Poste de santé C</p> <p>Agent de santé communautaire D</p> <p>Clinique mobile/communautaire E</p> <p>Autre médical public H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie privée K</p> <p>Clinique mobile L</p> <p>Autre médical privé O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>Boutique Q</p> <p>Praticien traditionnel R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ CA14</p> <p>8 ⇒ CA14</p>
<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</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>SP / Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine E</p> <p>Autre anti-paludéen H</p> <p>NSP K</p> <p>Antibiotiques:</p> <p>Comprimés /gélules (bactrim, amoxycilline, ou autres) G</p> <p>Sirop (bactrim, amoxycilline, ou autres) I</p> <p>Injection J</p> <p>NSP L</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen . P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 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. OU 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>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privé..... 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA13D. OU 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>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé/Polyclinique 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Clinique mobile/communautaire 15</p> <p>Autre médical publique 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privé..... 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Clinique mobile 24</p> <p>Autre médical privé 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) / Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	

CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à CA13</i>)? <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 DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines 01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03 Jeté aux ordures (déchets solides) 04 Enterré 05 Laisse 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 HL15 <i>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 ?</i> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. <i>Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)</i> <input type="checkbox"/> 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 <i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i>
--

ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
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 Enfant ou gardienne a refusé 3 Autre (préciser) 6	2 ⇒ AN6 3 ⇒ AN6 6 ⇒ AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99,9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <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 grandeur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4. Grandeur ou taille de l'enfant	Grandeur/Taille (cm) Grandeur/Taille pas mesurée 999,9	⇒ AN6
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1 Debout 2	
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**



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

Mauritanie - 2015

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : _____	
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / 2015__	

<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée Discuter ce résultat avec le chef d'équipe ⇒ Encercler '03' à WM7.</p>	

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

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

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois..... 98 Année NSP année 9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparer et corrigerWB1 et/ou WB2 si incohérentes.</i>	Âge (en années révolues)	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE	Oui 1 Non 2	2⇒WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle 0 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieure 3 Coranique..... 4 Mahadra..... 5	0⇒WB7 4⇒WB6 5⇒WB6
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrire "00".</i>	Année/classe	
WB6. Vérifier WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire, supérieur ou mahadra (WB4 = 2 ou 3 ou 5) ⇒Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ou coranique (WB4=1 ou 4) ⇒Continuer avec WB7.		
WB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée.</i> <i>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 4 <p style="text-align: center;">(préciser langue)</p> Aveugle/problème de vue..... 5	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION

MT1. Vérifier WB7:

☐ Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires, supérieures ou mahadira) ⇒ Continuer avec MT2

☐ Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2

☐ Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3

MT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
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 FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
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 DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISE 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, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE 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 FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
CM1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?	Oui 1 Non 2	2⇒CM8
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE 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 A QUI VOUS AVEZ DONNE 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 A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non" Insister et demander :</i> JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui 1 Non 2	2⇒CM10
CM9. COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés __ __ Filles décédées __ __	
CM10. Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.	Somme __ __	
CM11. JE VOUDRAIS ETRE SURE 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"/> Oui. ⇒Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> Non⇒Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES, soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES.		

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 PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE.															
Enregistrer les noms de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplets sur des lignes séparées.															
BH	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH10.			
NO.	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)?	(Nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	Enregistrer m. de ligne de l'enfant (de HLI)	Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	Unité	Nombre	Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?			
LIGN E		1 Simple 2 Multiple	1 Garçon 2 Fille	Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?	1 Oui 2 Non	Enregistrer l'âge en années révolues.	1 Oui 2 Non	Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.	Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS?	Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années		1 Oui 2 Non			
Ligne	Nom	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	O	N	
01		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	—	—	
02		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
03		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
04		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
05		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
06		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
07		1	2	1	2	—	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	

BH NO. DE LIGN E	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>	BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	BH8. <i>Enregistrer m. de ligne de l'enfant (de HLI)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS?</i> <i>Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non							
Ligne	Nom	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N
08		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
09		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
10		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
11		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
12		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
13		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois2 Années3	—	1	2
14		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 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)?																	
Oui.....1																	
Non.....2																	
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 **2013** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2013**, 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 quand en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____. Utiliser le nomade cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</p>		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Pas d'enfant 2	2 ⇒ Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE? Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée.	Mois 1 ____ Années 2 ____ NSP 998	

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nomade cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
MN0A. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DU FORFAIT OBSTÉTRICAL ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MN1
MN0B. AVEZ-VOUS ADHÉRE AU FORFAIT OBSTÉTRICAL POUR LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ MN1
MN0C. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS ADHÉRE AU FORFAIT OBSTÉTRICAL ?	FO n'existe pas dans lieu de résidence ... 01 Cout trop élevé 02 Eloignement/Transport 03 Mauvaise qualité des services de santé... 04 Mari/famille a refusé 05 Ne voit pas l'importance du FO 06 Ne connaît pas le processus du FO 07 Autre (préciser) 96 NSP 98	
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATAUX AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	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 Sage-femme B Accoucheuse auxiliaire C Infirmière D Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Autre (à préciser) X	
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ÉTIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRÉNATAUX POUR LA PREMIÈRE 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 PRÉNATAUX 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	
MN3A. Vérifier MN3 : Nombre de consultations prénatales <input type="checkbox"/> 4 ou plus ⇒ Aller à MN3C		

<input type="checkbox"/> <i>Moins de 4 ⇒ Continuer avec MN3B</i>																	
MN3B. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS FAIT PLUS DE VISITES PRENATALES ?	Cout trop élevé 1 Eloignement/Transport 2 Mauvaise qualité des services de santé..... 3 Mari/famille a refusé 4 Autre (<i>préciser</i>)..... 6 NSP 8																
MN3C. Vérifier MN0B : A adhéré au forfait obstétrical																	
<input type="checkbox"/> <i>Oui ⇒Continuer à MN3D</i>																	
<input type="checkbox"/> <i>Non⇒Aller à MN4</i>																	
MN3D. SI VOUS N'AVIEZ PAS ADHERE AU FORFAIT OBSTETRICAL, PENSEZ-VOUS QUE VOUS AURIEZ QUAND MEME FAIT AU MOINS UNE CONSULTATION PRENATALE ?	Oui 1 Non 2																
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</td> <td>Tension..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?</td> <td>Échantillon d'urine 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?</td> <td>Prélèvement sanguin..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[D] VOUS A-T-ON FAIT UNE ECHOGRAPHIE</td> <td>Echographie 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension..... 1	2	[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?	Échantillon d'urine 1	2	[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Prélèvement sanguin..... 1	2	[D] VOUS A-T-ON FAIT UNE ECHOGRAPHIE	Echographie 1	2	
	Oui	Non															
[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension..... 1	2															
[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?	Échantillon d'urine 1	2															
[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Prélèvement sanguin..... 1	2															
[D] VOUS A-T-ON FAIT UNE ECHOGRAPHIE	Echographie 1	2															
MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? <i>Si un carnet est présenté, utilisez-le pour aider aux réponses aux 2 questions suivantes (MN6 et MN7).</i>	Oui (carnet vu)..... 1 Oui (carnet non vu)..... 2 Non 3 NSP 8																
MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN9 8⇒MN9															
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>)? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ____ NSP 8	8⇒MN9															
MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?																	
<input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse ⇒Aller à MN12</i>																	
<input type="checkbox"/> <i>Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇒Continuer avec MN9</i>																	
MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT	Oui 1																

AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?	Non 2 NSP 8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois NSP 8	8⇒MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a année	
MN12. Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Aller à MN17		
MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR <u>EVITER</u> DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? <i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i>	SP / Fansidar A Autre (préciser) X NSP Z	
MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris ⇒ Aller à MN17		
MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ? SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRENATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois NSP 98	

<p>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>Sage-femme B</p> <p>Accoucheuse auxiliaire.....C</p> <p>Infirmière..... D</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>Autre (préciser)X</p> <p>Personne Y</p>	
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</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>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 21</p> <p>Centre de santé/Polyclinique..... 22</p> <p>Poste de santé..... 23</p> <p>Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Autre médical</p> <p>privé (préciser)..... 36</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>11⇒MN19B</p> <p>12⇒MN19B</p> <p>96⇒MN19C</p>
<p>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒MN19C</p>
<p>MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</p> <p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE?</p>	<p>Avant 1</p> <p>Après 2</p>	<p>1⇒MN19C</p> <p>2⇒MN19C</p>
<p>MN19B. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS ACCOUCHE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE ?</p>	<p>Eloignement /Transport 1</p> <p>Cout trop élevé 2</p> <p>Mauvaise qualité des services de santé..... 3</p> <p>Mari/famille a refusé 4</p> <p>Tradition d'accoucher à domicile 5</p> <p>Autre (préciser)_6</p>	
<p>MN19C. Vérifier MN0B : A adhéré au forfait obstétrical</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒Continuer à MN19D</p> <p><input type="checkbox"/> Non⇒Aller à MN20</p>		
<p>MN19D. SI VOUS N'AVIEZ PAS ADHERE AU FORFAIT OBSTETRICAL, PENSEZ-VOUS QUE VOUS</p>	<p>Oui 1</p>	

AURIEZ QUAND MEME ACCOUCHE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE ?	Non 2	
MN20. QUAND (<i>nom</i>) ESTNE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?	Très gros 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5 NSP 8	
MN21. (<i>nom</i>) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ MN22A 8⇒ MN22A
MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ? <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé 1 (kg) __ , __ __ __ De mémoire 2 (kg) __ , __ __ __ NSP 99998	
MN22.A Vérifier MN18 : lieu d'accouchement MN18 =21 à 36 : <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à MN23 <input type="checkbox"/> Non ⇒ continuer à MN22B		
MN22B. QU'EST-CE QUI A ETE UTILISE POUR COUPER LE CORDON OMBILICAL DE (<i>nom</i>) ?	Lame neuve 1 Une lame déjà utilisée pour autre chose 2 Des ciseaux 3 Autre (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	
MN22C. EST-CE QUE L'INSTRUMENT UTILISE POUR COUPER LE CORDON A ETE EBOUILLANTE AVANT SON UTILISATION ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MN22D. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE A ETE APPLIQUE SUR LE CORDON APRES QU'IL AIT ETE COUPE ET ATTACHE JUSQU'A CE QU'IL TOMBE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ MN23 8⇒ MN23
MN22E. QU'EST-CE QUI A ETE APPLIQUE SUR LE CORDON ? <i>Insister :</i> QUELQUE CHOSE D'AUTRE ?	Chlorhexidine (antiseptique) A Autre antiseptique (alcool à 90, alcool, gentiane, violette...) B Moutarde ou autre huile C Caca d'animaux D Charbon E Médicament traditionnel F Autre X NSP Z	
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?	Oui 1 Non 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?	Oui 1 Non 2	2⇒ Module suivant

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

EXAMENS DE SANTE 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 32-36) ⇒ 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 PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).</p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES 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>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	
<p>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (nom), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT.</p> <p>A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18).</p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (nom) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</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, ou agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ 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 (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE <i>(nom)</i> APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER <i>(nom)</i>, VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI <i>(nom)</i> SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> A/ONT CONTROLE LA SANTE DE <i>(nom)</i> ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN8. ET EST-CE QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT DE PARTIR ?</p> <p>PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN9. APRES QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i>, VOUS AIT QUITTE, EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE LA SANTE DE <i>(nom)</i>?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p>
<p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE <i>(nom)</i> APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER <i>(nom)</i>, VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI <i>(nom)</i> SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE <i>(nom)</i>, EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1</p> <p>Plus d'une fois 2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	

PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA?	Professionnel de la santé: Médecin A Sage-femme B Accoucheuse auxiliaire..... C Infirmière..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Autre (préciser) X	
PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE? <i>Insister pour déterminer le lieu de contrôle.</i> <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom de l'endroit.</i> _____ (Nom de l'endroit)	Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12 Secteur public Hôpital 21 Centre de santé/Polyclinique 22 Poste de santé..... 23 Autre public (préciser) 26 Secteur médical privé Clinique privée 32 Autre médical privé (préciser) 36 Autre (à préciser) 96	
PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans un centre de santé? <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MN18=21-26 ou 32-36) ⇒ Continuer avec PN16 <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17		
PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant
PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN18 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19		
PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant
PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE? JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant

PN20. CE CONTROLE A-T- IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois 1 Plus d'une fois 2	1⇒PN21A 2⇒PN21B
PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU? PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES? <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i>	Heures 1 ____ Jours..... 2 ____ Semaines 3 ____ NSP/ne se rappelle pas..... 998	
PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?	Professionnel de la santé: Médecin A Sage-femme B Accoucheuse auxiliaire..... C Infirmière..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Autre (<i>préciser</i>) X	
PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE? <i>Insister pour déterminer le type de source.</i> <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom de l'endroit.</i> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>)	Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12 Secteur public Hôpital 21 Centre de santé/Polyclinique 22 Poste de santé..... 23 Autre public (<i>préciser</i>) 26 Secteur médical privé Clinique privée 32 Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36 Autre (<i>préciser</i>) 96	

SYMPTOMES 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 ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE.</p> <p>QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTOME ?</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 téter A</p> <p>État de l'enfant s'aggrave B</p> <p>Enfant devient fiévreux 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 avec convulsions H</p> <p>Autre (préciser) X</p> <p>Autre (préciser) Y</p> <p>Autre (préciser) 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 DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui 1 Non 2	1⇒CP3
CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	Oui 1 Non 2	1⇒Module suivant 2⇒CP3A
CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ? <i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i>	Stérilisation féminine A Stérilisation masculine B DIU C Injections D Implants E Pilules F Condom masculin G Condom féminin H Diaphragme I Mousse/gelée J Abstinence périodique/Rythme L Retrait M Autre (préciser) X	
CP3A. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT POUR VOUS PROCURER UNE METHODE DE CONTRACEPTION ?	Oui 1 Non 2	2⇒ Module suivant
CP3B. QUEL EST CET ENDROIT ? <i>Insister pour obtenir l'endroit.</i> <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> _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital 21 Centre de santé/Polyclinique 22 Poste de santé 23 Agent de santé communautaire 24 Autre public 26 Secteur médical privé Clinique privée 32 Pharmacie 33 Autres sources Marché 41 Parents/Amis 42 ONG/Associations 43 Autre (préciser) 96	

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 ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Pas d'autre enfant 2	
UN4. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /NSP 8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN6		
UN6. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d'(autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / 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. Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A Ménopause B N'a jamais eu de règles C Hystérectomie (utérus enlevé) D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès E Est en aménorrhée postpartum F Allaité G Trop âgée H Fataliste I Autre (préciser) X NSP Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'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 ENLEVÉ DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister:</i> LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISÉE ? <i>Si l'enquêtee NSP, insister pour avoir une estimation. Si moins d'un an inscrire 00.</i>	Âge à l'excision __ __ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre 98	
FG8. QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Sage-femme ... 12 Infirmière 13 Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ... 22 Agent de santé communautaire 23 Exciseuse Traditionnelle .24 Autre (préciser) 96	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici.	Nombre total de filles vivantes __ __	
FG10. JUSTE POUR ÊTRE SÛRE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11 <input type="checkbox"/> Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et 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) EST EXCISEE ?	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 AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE ? 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 ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT-LA : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8	Oui1 ⇒FG19 Non2 NSP8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8	Oui1 Non2 NSP8

MISC5 MAUR125

FG19. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister: LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i>	Oui.....1 Non2 NSP8	Oui.....1 Non2 NSP8	Oui.....1 Non2 NSP8	Oui.....1 Non2 NSP8
FG20. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13 Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24 Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13 Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24 Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13 Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24 Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13 Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24 Autre (à préciser) _____ 96
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>
Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé <input type="checkbox"/>				

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

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE				DV
DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui	Non	NSP
	[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire	1 2	8
	[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants	1 2	8
	[C] SI ELLE 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 BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1 2	8
	[F] MANQUE DE RESPECT AUX PARENTS DU MARI	Manque de respect aux parents	1 2	8

MARIAGE			MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE ?	Oui, actuellement mariée 1 Non, pas mariée 3		3⇒MA5
MA1A. EST-CE QUE CE MARIAGE A ETE ENROLE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI ? <i>Insister: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>	Age en années __ __ NSP 98		
MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI A D'AUTRES EPOUSES ?	Oui 1 Non 2		2⇒MA7
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre __ NSP 8		⇒MA7 8⇒MA7
MA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE ?	Oui, a été mariée 1 Non 3		3⇒Module Suivant
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE OU DIVORCEE ?	Veuve 1 Divorcée 2		
MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois 1 Plus d'une fois 2		1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE ?	Date du (premier) mariage Mois __ __ NSP Mois 98		
MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS ?	Année __ __ __ __ NSP Année 9998		⇒ Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI ?	Age en années __ __		

VIH/SIDA	HA		
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant	
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA5A. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LES SERINGUES ?	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 SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8		
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<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		
HA8A. 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 HA8B			
HA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	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 ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA?	Oui..... 1 Non 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA13. Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc) ⇒ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14		
HA14. Vérifier 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 PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE? [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA? Test de SIDA [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA? VOUS A-T-ON: [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">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 CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒HA22 8⇒HA22

HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1	1⇒HA22
	Non..... 2	2⇒HA22
	NSP 8	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 CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	1⇒Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2	

CONSOMMATION DE TABAC		TA
TA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE 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 DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes _ _	
TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. 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 DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME, LES CIGARES, LE MONEIJA, LES CIGARILLOS OU LA CHICHA?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares A Chicha B Cigarillos C Moneija E Autre (préciser) X	
TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. 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	

TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ Module suivant
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ Module suivant
TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Tabac à chiquer..... A A priser B Autre (préciser) X	
TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. 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	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans? <input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ⇒ Aller à WM11 <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2		
LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <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	
LS3. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <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> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE DE VOS AMIS?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE <i>actuelle/2014-2015</i>, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒LS7

LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-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. Ne pas insister pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	

LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré 3	
LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3	

WM11. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ____ : ____	
-----------------------------------	------------------------------------	--

WM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.
 L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?

☐ Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquêtée.






☐ Non. ⇒ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice






Observations du Chef d'équipe

CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :

COTE 1

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

COTE 2

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



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

Mauritanie - 2015

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME		MWM
Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 49 ans (voir colonne HL7A de la liste des membres du Ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque homme éligible.		
MWM1. Numéro de grappe : _____	MWM2. Numéro de ménage : _____	
MWM3. Nom de l'homme : Nom _____	MWM4. Numéro de ligne de l'homme : _____	
MWM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / 2015	

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

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

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

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME		MWB
MWB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois NSP mois..... 98 Année NSP année 9998	
MWB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparer et corriger MWB1 et/ou MWB2 si incohérentes.</i>	Age (en années révolues)	
MWB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE	Oui 1 Non 2	2⇒ MWB7
MWB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle 0 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieure 3 Coranique 4 Mahadra 5	0⇒ MWB7 4⇒ MWB6 5⇒ MWB6
MWB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHIEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe du niveau n'a pas été complétée, inscrire "00".</i>	Année/ Classe	
MWB6. Vérifier MWB4: <input type="checkbox"/> Secondaire, supérieur ou mahadra (MWB4 = 2 ou 3 ou 5) ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ou coranique (MWB4=1 ou 4) ⇒ Continuer avec MWB7.		
MWB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquête.</i> <i>Si l'enquête 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'enquête 4 (préciser langue) Aveugle/problème de vue 5	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MMT
MMT1. Vérifier MWB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires, supérieures ou mahadra) ⇒ 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 FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT3. VOUS ECOUTEZ LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT4. A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT5. Vérifier MWB2: Age du répondant ? <input type="checkbox"/> Age 15-24 ans ⇒ Continuer avec MMT6 <input type="checkbox"/> Age 25-49 ans ⇒ Aller au Module suivant		
MMT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MMT9
MMT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MMT9
MMT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MMT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MMT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

FECONDITE		MCM
MCM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. JE SUIS INTERESSE PAR TOUS LES ENFANTS QUI SONT LES VOTRES BIOLOGIQUEMENT. AVEZ-VOUS DEJA EU DES ENFANTS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MCM8 8⇒MCM8
MCM3. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?	Age en années _ _	
MCM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui 1 Non 2	2⇒MCM6
MCM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison _ _ Filles à la maison _ _	
MCM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui 1 Non 2	2⇒MCM8
MCM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs _ _ Filles ailleurs _ _	
MCM8. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non" insister et demander :</i> JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui 1 Non 2	2⇒MCM10
MCM9. COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés _ _ Filles décédées _ _	
MCM10. Faire la somme des réponses à MCM5, MCM7 et MCM9.	Somme _ _	

MCM11. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (NOMBRE TOTAL DE MCM10) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?		
<input type="checkbox"/> <i>Oui. Vérifier ci-dessous :</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒ Aller au module suivant</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Une naissance ou plus ⇒ Continuer avec MCM11A</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Vérifier les réponses aux questions MCM1-MCM10 et faire les corrections si nécessaire</i>		
MCM11A. EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE ONT LA MEME MERE ?	Oui 1 Non 2	1⇒MCM12
MCM11B. AU TOTAL, AVEC COMBIEN DE FEMMES AVEZ-VOUS EU DES ENFANTS ?	Nombre de femmes __ __	
MCM12. QUAND EST-CE QU'EST NE LE DERNIER ENFANT DES (nombre total à MCM10) ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE (MEME S'IL OU ELLE EST DECEDE(E)) ? <i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i>	Date de la dernière naissance Mois __ __ Année __ __ __ __	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE			MDV
MDV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui Non NSP	
	[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire 1 2 8	
	[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants 1 2 8	
	[C] SI ELLE 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 BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture 1 2 8	
	[F] MANQUE DE RESPECT AUX PARENTS DU MARI	Manque de respect aux parents 1 2 8	

MARIAGE		MMA
MMA1. ETES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE?	Oui, actuellement marié 1 Non, pas marié 3	3⇒MMA5
MMA1A. EST-CE QUE VOTRE DERNIER_MARIAGE A ETE ENROLE A L'ETAT CIVIL?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MMA3. AVEZ-VOUS D'AUTRES EPOUSES ?	Oui (plus d'une femme) 1 Non (seulement une femme) 2	2⇒MMA7
MMA4. COMBIEN D'EPOUSES AVEZ VOUS?	Nombre _	⇒MMA8B
MMA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE ?	Oui, a été marié 1 Non 3	3 ⇒Module suivant
MMA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF OU DIVORCE ?	Veuf 1 Divorcé 2	
MMA7. AVEZ-VOUS ETE MARIE 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 ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE?	Date du premier mariage Mois _ _ NSP mois 98	⇒ Module suivant
MMA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE POUR <u>LA PREMIERE FOIS</u> ?	Année _ _ _ _ NSP année 9998	
MMA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE (PREMIERE) EPOUSE ?	Age en années _ _	

VIH/SIDA		MHA
MHA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.	Oui 1 Non 2	2⇒ Module suivant
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?		
MHA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 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 REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MHA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MHA5A. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LES SERINGUES ?	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 SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MHA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	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	
MHA8A. 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 MHA8B		
MHA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS	Oui 1 Non 2	

MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE 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 CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒MHA27
MHA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	
MHA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
MHA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	

CONSOMMATION DE TABAC		MTA
MTA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
MTA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière 00 Age ____ ____	00⇒MTA6
MTA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA6
MTA4. AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes ____ ____	
MTA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. 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 DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LE MONEIJA, LES CIGARILLOS OU CHICHA?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA10
MTA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MTA10
MTA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares A Chicha B Cigarillos..... C Moneija E Autre (préciser) X	
MTA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. 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	

MTA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ Module suivant
MTA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ Module suivant
MTA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Tabac à chiquer..... A A priser B Autre (à préciser)..... X	
MTA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10jours, 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	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
MLS1. Vérifier WMB2: Age du répondant entre 15 et 24 ans ? <input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ⇒ Aller à MWM11 <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ⇒ Continuer avec MLS2		
MLS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRES MALHEUREUX ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <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 heureux 1 Assez heureux..... 2 Ni heureux ni malheureux 3 Assez malheureux 4 Très malheureux 5	
MLS3. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAIT, ASSEZ SATISFAIT, NI SATISFAIT NI INSATISFAIT, ASSEZ INSATISFAIT OU TRES INSATISFAIT. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <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> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE (<i>actuelle</i> / 2014-2015), ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MLS7

MLS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail..... 0 Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	
MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquête répond qu'il n'a pas de revenu, encrer le code "0" et continuer à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment il se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'il ne le dise de lui-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfait 1 Assez satisfait 2 Ni satisfait ni insatisfait 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait 5	

MLS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré 3	
MLS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3	

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

MWM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HLB7 et HL15.
 Est-ce que le répondant est le gardien d'un enfant de 0-4 ans qui vit dans ce ménage ?

☐ Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquête.






☐ Non. ⇒ Terminer l'interview avec cet enquête en le remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire homme (MWM) sur la page de couverture

Observations de l'enquêteur






Observations du Chef d'équipe

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
				

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE		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'interview: ___ ___ / ___ ___ / 201_5_	LOCALISATION HH7. Wilaya..... ___ ___ HH7A. Moughataa..... ___ ___ HH7B. Commune ___ ___																	
HH6. Milieu de Résidence: Urbain1 Rural2																		
HH8. Ménage est sélectionné pour enquête Homme? Oui.....1 Non.....2 ___																		
<p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS MENONS UNE ENQUETE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES MENAGES. 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"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe</i> ⇒ Encercler 04 à HH9.</p>																		
HH9. Résultat de l'enquête ménage: <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Complété</td><td>01</td></tr> <tr><td>Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite</td><td>02</td></tr> <tr><td>Ménage entier absent pour une longue période</td><td>03</td></tr> <tr><td>Refus</td><td>04</td></tr> <tr><td>Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement.....</td><td>05</td></tr> <tr><td>Logement détruit.....</td><td>06</td></tr> <tr><td>Logement non trouvé.....</td><td>07</td></tr> <tr><td>Autre (préciser).....</td><td>96</td></tr> </table>			Complété	01	Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite	02	Ménage entier absent pour une longue période	03	Refus	04	Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement.....	05	Logement détruit.....	06	Logement non trouvé.....	07	Autre (préciser).....	96
Complété	01																	
Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite	02																	
Ménage entier absent pour une longue période	03																	
Refus	04																	
Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement.....	05																	
Logement détruit.....	06																	
Logement non trouvé.....	07																	
Autre (préciser).....	96																	

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

HH10. Répondant au questionnaire Ménage:

Nom _____ Num.Ligne _____

HH11. NbreTotal membres du ménage: _____

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

Si ménage sélectionné pour enquête Homme:

HH13A. Nbre d'hommes de 15-49 ans: _____

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

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

HH13. Nbre de questionnaires Femme complétés: _____

Si ménage sélectionné pour enquête homme:

HH13B. Nbre de questionnaires Homme complétés: _____

HH15. Nbre de questionnaires Enfant moins de 5 ans complétés: _____

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure..... — —

Minutes..... — —

TOUT D'ABORD, DONNEZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE Enregistrer le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4). Demander ensuite : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A 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					
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)? Noter en années révélées. Si âge moins d'un an, inscrire '00' et si égal ou supérieur à 95, inscrire '95'	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?	HL7. Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49ans	HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans	HL7B. Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE E DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non", noter 00	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABIT E-T-ELLE ?	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?	HL14. EST-CE QUE LEPERE BIOLOGIQUE E DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL14B. Si "Non", noter 00	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- IL ?	HL14B. EST-CE QUE (nom) A ETE ENROLE A L'ETAT CIVIL ?	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou '00', demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NNE) PRINCIPALE DE (nom)?	
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	0-4	O N NSP	Mère		O N NSP	Père			ONNSP	Mère
01		0 1	1 2	--	--	--	1 2	01	01	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
02			1 2	--	--	--	1 2	02	02	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
03			1 2	--	--	--	1 2	03	03	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
04			1 2	--	--	--	1 2	04	04	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
05			1 2	--	--	--	1 2	05	05	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
06			1 2	--	--	--	1 2	06	06	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
07			1 2	--	--	--	1 2	07	07	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
08			1 2	--	--	--	1 2	08	08	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
09			1 2	--	--	--	1 2	09	09	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
10			1 2	--	--	--	1 2	10	10	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
11			1 2	--	--	--	1 2	11	11	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--
12			1 2	--	--	--	1 2	12	12	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	--	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	--

				Enfants de 0-17 ans						Enfants 0-14 ans								
		Femmes 15-49 ans		Hommes 15-49 ans		Enfants 0-4 ans												
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. Quel est le lien de parenté de (nom) avec le chef de ménage	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMMIN ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI LA NUIT DERNIERE ?	HL7. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	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 âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non", noter 00	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-ELLE? 1 Autre ménage dans le pays 2 Institution dans le pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL14B. Si "Non", noter 00	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T-IL? 1 Autre ménage dans le pays 2 Institution dans le pays 3 Etranger 8 NSP	HL14B. EST-CE QUE (nom) A ETE ENROLE A L'ETAT CIVIL? 1 Oui 2 Non 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NNE) PRINCIPALE DE (nom)?	
			1 Masc ulin 2 Fémin in	98 NSP	99 NSP	00' et si égal ou supérieur à 95, inscrire '95'												
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	0-4	O N NSP	Mère	1 2 3 8	O N NSP	Père	1 2 3 8	O N NSP	Mère	
13		1	2	--	--	--	1	2	13	1	2	8	1	2	8	1	2	8
14		1	2	--	--	--	1	2	14	1	2	8	1	2	8	1	2	8
15		1	2	--	--	--	1	2	15	1	2	8	1	2	8	1	2	8

Cocher si questionnaire
supplémentaire utilisé ☐

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

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

* Codes pour HL3:
Relation avec chef de ménage:

- 01 Chef de ménage
- 02 Femme/Mari
- 03 Fils/Fille
- 04 Gendre/Belle-fille
- 05 Petit-fils/Petite -fille
- 06 Mère /Père
- 07 Beau-père/Belle-mère

- 08 Frère / Sœur
- 09 Beau-frère / Belle-sœur
- 10 Oncle / Tante
- 11 Nièce / Neveu
- 12 Autre parent
- 13 Enfant du conjoint / confié/

- 14 Domestique (Si vit dans le ménage)
- 96 Autre- (Sans lien de parenté)
- 98 NSP

EDUCATION

ED

Pour les membres du ménage
de 5 ans et plus

Pour les membres du ménage
de 5 - 24ans

ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age A copier de HL2 et HL6	ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA ALLÉ(E) A L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE L'ECOLE MATERNELLE ?	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT ? Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4 Coranique 5 Mahadra 8 NSP Si niveau=0,4 ou 5 passer à ED5	ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) AACHEVEE A CE NIVEAU ? Classe: 98 NSP Si la 1ère classe du niveau n'est pas achevée, noter 00.	ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE EN COURS, C-A-D 2014-2015, (nom) EST-IL /ELLE ALLÉ A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 Oui 2 Non ↗ ED6C	ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE ? Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4 Coranique 5 Mahadra 8 NSP Si niveau=0,4 ou 5 passer à ED7	ED6C. POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE (NOM) NE VA PAS A L'ECOLE CETTE ANNEE ? 01 TRAVAIL 02 MARIAGE 03. ELOIGNEMENT DE L'ECOLE 04. COUT ELEVE 05. NE VOIT PAS D'IMPORTANCE 06. DECISION DE FAMILLE 07. EXCLUSION/ ECHEC SCOLAIRE 08 MALADIE 09 ECOLE FINIE 96. AUTRES 98. NSP	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, 2013- 2014, (nom) EST- IL/ELLE ALLÉ(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ? 1 Oui 2 Non ↗ Ligne suiv. 8 NSP ↗ Ligne suiv.	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE ? Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4 Coranique 5 Mahadra 8 NSP Si niveau=0, 4 ou 5 aller à ligne suivante.	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE ? Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 4 Coranique 5 Mahadra 8 NSP Si niveau=0, 4 ou 5 aller à ligne suivante.	
Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Niveau	Classe	Oui	Non	NSP	Niveau	Classe
01			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
02			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
03			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
04			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
05			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
06			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
07			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
08			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
09			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
10			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
11			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
12			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
13			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
14			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	
15			1	2	0 1 2 3 4 5 8		1	2	8	0 1 2 3 4 5 8	

SELECTION D'UN ENFANT POUR LE TRAVAIL DES ENFANTS/DISCIPLINE DES ENFANTS
SL
SL1. Vérifier HL6 dans la liste des membres du ménage et écrire le nombre total d'enfants de 1-17 ans.

Nombre total —

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

☐ Zéro ⇒ Aller au module *CARACTERISTIQUES DES MENAGES*
☐ Un ⇒ Aller à SL9 et enregistrer le numéro de rang comme '1', entrer le numéro de ligne, le nom de l'enfant et son âge

☐ Deux ou plus ⇒ Continuer avec SL2A

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

SL3. Numéro de rang	SL4. Numéro de ligne de HL1	SL5. Nom 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 encrer le numéro qui apparaît dans la case. C'est le numéro de rang (SL3) de l'enfant sélectionné.

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

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

Numéro de rang —

Numéro de ligne — —

Nom

Age — —

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
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 MENAGE PEUVENT FAIRE. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT? [A] EST-CE QUE (nom) A TRAVAILLE SUR PROPRE TERRAIN/FERME/POTAGER OU AIDE SUR CELUI DU MENAGE OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RECOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMMENER AU PATURAGE OU LES TRAIRE? [B] EST-CE QUE (nom) A AIDE DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLE DANS SA PROPRE ENTREPRISE ? [C] EST-CE QUE (nom) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ? [D] DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) A-T-IL/ELLE ETE ENGAGE(E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE EN ECHANGE DE PAIEMENT EN ESPECES OU EN NATURE, MEME POUR UNE SEULE HEURE? Si "Non", Insister : SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (nom) A PU FAIRE COMME EMPLOYE REGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYE POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MENAGE OU A LA FERME.	O N A travaillé sur terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux 1 2 A aidé dans 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 (jour de la semaine) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (nom) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES? Si moins d'1 heure, noter '00'	Nombre d'heures _ _	

CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES ?	Oui 1 Non 2	1⇒ CL8
CL6. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (COUTEAUX, ETC.) OU DE FAIRE FONCTIONNER DES GROSSES MACHINES ?	Oui 1 Non 2	1⇒ CL8
CL7. COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (nom)? [A] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A LA POUSSIERE/FUMEEES OU GAZ ? [B] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE AU FROID, A LA CHALEUR OU A DE L'HUMIDITE EXTREME? [C] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS? [D] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A UN TRAVAIL EN HAUTEUR ? [E] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU A DES EXPLOSIFS? [F] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A D'AUTRES CHOSSES, PROCEDES OU CONDITIONS MAUVAISES POUR SA SANTE OU SA SECURITE?	Oui 1 Non 2 Oui 1 Non 2 Oui 1 Non 2 Oui 1 Non 2 Oui 1 Non 2 Oui 1 Non 2	1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8 1⇒ CL8
CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) EST-IL /ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?	Oui 1 Non 2	2⇒ CL10
CL9. AU TOTAL, DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE PASSE A CHERCHER DE L'EAU OU A RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ? Si moins d'une heure, enregistrer "00".	Nombre d'heures — —	

<p>CL10. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A FAIT UNE DES TACHES SUIVANTES POUR LE MENAGE :</p> <p>[A] DES ACHATS POUR LE MENAGE?</p> <p>[B] REPARER N'IMPORTE QUEL EQUIPEMENT DU MENAGE?</p> <p>[C] CUISINER OU NETTOYER DES USTENSILES OU LA MAISON ?</p> <p>[D] LAVER LES VETEMENTS?</p> <p>[E] PRENDRE SOIN DES ENFANTS?</p> <p>[F] PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES OU MALADES ?</p> <p>[G] AUTRES TACHES POUR LE MENAGE ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Achats pour le ménage</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Réparations d'équipement</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuisiner /laver ustensiles/maison</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Laver les vêtements</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prendre soin des enfants</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prendre soins des âgés/des malades .</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Autres taches</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	Achats pour le ménage	1	2	Réparations d'équipement	1	2	Cuisiner /laver ustensiles/maison	1	2	Laver les vêtements	1	2	Prendre soin des enfants	1	2	Prendre soins des âgés/des malades .	1	2	Autres taches	1	2	
	O	N																								
Achats pour le ménage	1	2																								
Réparations d'équipement	1	2																								
Cuisiner /laver ustensiles/maison	1	2																								
Laver les vêtements	1	2																								
Prendre soin des enfants	1	2																								
Prendre soins des âgés/des malades .	1	2																								
Autres taches	1	2																								
<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 PRES, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE DANS CETTE/CES ACTIVITE(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 A BIEN SE COMPORTER OU POUR TRAITER DES PROBLEMES DE COMPORTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE LISTE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET J'AIMERAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS AVEZ OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom) AU COURS DU MOIS DERNIER. [A] RETIRER DES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON. [B] EXPLIQUER A (nom) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE. [C] LE/LA SECOUER [D] HURLER, LUI CRIER DESSUS [E] LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE. [F] LUI DONNER UNE FESSEE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES A MAIN NUES. [G] LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR D'AUTRES PARTIES DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE TELS QUE CEINTURE, BROSSE A CHEVEUX, BATON 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 TETE 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-A-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.	O N Retirer des privilèges..... 1 2 Expliquer le mauvais comportement .. 1 2 Le/la secouer 1 2 Hurler, lui crier dessus..... 1 2 Donner quelque chose d'autre à faire . 1 2 Donner une fessée, frapper ou taper sur les fesses avec mains nues 1 2 Frapper avec ceinture, brosse, bâton ou autres objets durs..... 1 2 Le/la traiter d'idiot, paresseux, ou d'autres noms 1 2 Le/la frapper/gifler sur le visage, la tête ou les oreilles..... 1 2 Le/la frapper/taper sur les mains, bras ou jambes 1 2 Le/la battre, frapper encore et encore aussi fort que possible..... 1 2	
CD4. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER OU EDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NECESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP/ Sans opinion 8	

CARACTERISTIQUES DES MENAGES		HC
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE DU CHEF DE CE MENAGE ?	Arabe 1 Poular 2 Soninké 3 Wolof 4 Autre langue (<i>préciser</i>) 6	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces _ _	
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Pierre 13 Matériau fini Carreau..... 33 Ciment 34 Autre (<i>préciser</i>) 96	
HC4. <i>Principal matériau du toit</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Chaume/feuille de palmier 12 Herbe 13 Matériau rudimentaire Natte 21 Palmes / Bambou 22 Planches en bois 23 Carton..... 24 Tissu/ toile.....25 Matériau fini Métal (Zinc)..... 31 Bois..... 32 Tuiles 34 Ciment 35 Autre (<i>préciser</i>) 96	
HC5. <i>Principal matériau des murs extérieurs.</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de murs 11 Canne / Palmes / troncs 12 Mottes de terre 13 Matériau rudimentaire Pierre avec boue 22 Carton..... 25 Bois/ métal de récupération 26 Briques découvertes 27 Matériau fini Ciment 31 Pierre avec ciment..... 32 Contre-Plaqué 34 Zinc..... 37 Autre (<i>préciser</i>) 96	
HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE	Électricité 01	01⇒HC8

<p>COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS <u>PRINCIPALEMENT</u> POUR LA CUISINE ?</p>	<p>Gaz naturel 03</p> <p>Charbon de bois 07</p> <p>Bois 08</p> <p>Paille/branchages/herbes 09</p> <p>Bouse 10</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage 95</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>03⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>																																										
<p>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?</p> <p><i>Si 'Dans la maison', insister:</i></p> <p>EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE 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 (préciser) 6</p>																																											
<p>HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :</p> <p>[A] L'ELECTRICITE?</p> <p>[B] LA RADIO?</p> <p>[C] LA TELEVISION?</p> <p>[D] UN TELEPHONE FIXE ?</p> <p>[E] UN REFRIGERATEUR?</p> <p>[F] CONNECTIONS INTERNET?</p> <p>[G] ANTENNE PARABOLIQUE?</p> <p>[H] CUISINIÈRE A FOUR ?</p> <p>[I] CLIMATISEUR?</p> <p>[J] VENTILATEUR?</p> <p>[K] MACHINE A LAVER?</p> <p>[L] GROUPE ELECTROGENE ?</p> <p>[M] PANNEAU SOLAIRE ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Electricité</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Télévision</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone fixe</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Réfrigérateur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Connections internet</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Antenne parabolique</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cuisinière a four</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Climatiseur.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ventilateur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Machine à laver</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Groupe électrogène.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Panneau solaire</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Electricité	1	2	Radio	1	2	Télévision	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur	1	2	Connections internet	1	2	Antenne parabolique	1	2	Cuisinière a four	1	2	Climatiseur.....	1	2	Ventilateur	1	2	Machine à laver	1	2	Groupe électrogène.....	1	2	Panneau solaire	1	2	
	Oui	Non																																										
Electricité	1	2																																										
Radio	1	2																																										
Télévision	1	2																																										
Téléphone fixe	1	2																																										
Réfrigérateur	1	2																																										
Connections internet	1	2																																										
Antenne parabolique	1	2																																										
Cuisinière a four	1	2																																										
Climatiseur.....	1	2																																										
Ventilateur	1	2																																										
Machine à laver	1	2																																										
Groupe électrogène.....	1	2																																										
Panneau solaire	1	2																																										

HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE : [A] UNE MONTRE ? [B] UN TELEPHONE MOBILE ? [C] UNE BICYCLETTE ? [D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ? [E] UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ? [F] UNE VOITURE OU UN CAMION ? [G] UN BATEAU A MOTEUR ? [H] UN ORDINATEUR ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: right;">Non</td> </tr> <tr> <td>Montre</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone mobile</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bicyclette</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Moto / Scooter</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Charrette avec animal</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Voiture/Camion</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bateau à moteur</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Ordinateur</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Montre	1	2	Téléphone mobile	1	2	Bicyclette	1	2	Moto / Scooter	1	2	Charrette avec animal	1	2	Voiture/Camion	1	2	Bateau à moteur	1	2	Ordinateur	1	2	
	Oui	Non																											
Montre	1	2																											
Téléphone mobile	1	2																											
Bicyclette	1	2																											
Moto / Scooter	1	2																											
Charrette avec animal	1	2																											
Voiture/Camion	1	2																											
Bateau à moteur	1	2																											
Ordinateur	1	2																											
HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ? <i>Si "Non", demander :</i> LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ? <i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2".</i> <i>Pour les autres réponses encercler "6".</i>	Propriétaire 1 Location 2 Autre (préciser) 6																												
HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?	Oui 1 Non 2	2⇒HC13																											
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ? <i>Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Hectares ____ ____																												
HC13. EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒HC15																											
HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE : [A] TETES DE BETAIL, VACHES LAITIERES, OU TAUREAUX ? [B] CHEVAUX, ANES OU MULES ? [C] CHEVRES ? [D] MOUTONS ? [E] POULETS ? [G] CHAMEAUX <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 ____ ____ Moutons ____ ____ Poulets ____ ____ Chameaux ____ ____																												
HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui 1 Non 2																												
HC15A. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE A LA CAPEC OU AUTRE INSTITUTION DE MICROFINANCE ?	Oui 1 Non 2																												

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE		TN
TN1. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires ____ ____	
TN3. Demander à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage.		

	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'enquête(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée PERMANET 11 Dawa Plus 12 Olyset 13 Autre marque 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré imprégnées 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque / type 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée PERMANET 11 Dawa Plus 12 Olyset 13 Autre marque 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré imprégnées 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque / type 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée PERMANET 11 Dawa Plus 12 Olyset 13 Autre marque 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré imprégnées 28 Autre moustiquaire (préciser) 36 NSP marque / type 98
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE 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"/> Pré imprégnée (28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer
TN8. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr 8	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr 8	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr 8

TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11	Oui 1 Non 2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN11
TN10. IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE 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 DERNIERE?	Oui 1 Non 2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN13	Oui 1 Non 2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN13	Oui 1 Non 2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr 8 ⇒ TN13
TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? <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 Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne	Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne	Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne Nom Numéro de ligne
TN13.	<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 <input type="checkbox"/></i>

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

WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ? <i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus)..... 1 Homme adulte (de 15 ans ou plus) 2 Jeune fille (moins de 15 ans) 3 Jeune garçon (moins de 15 ans)..... 4 NSP 8	
WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS 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 linge C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) D Désinfection solaire E La laisser reposer F Autre (préciser) X NSP Z	
WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS? <i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ? <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau Connectée à système d'égouts 11 Connectée à fosse septique 12 Reliée à des latrines 13 Reliée à autre chose..... 14 Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où 15 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) 21 Latrines à fosses avec dalle 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23 Toilettes à compostage 31 Toilettes/latrines suspendues Couvertes ou non 51 Pas de toilettes, nature..... 95 Autre (préciser) 96	95⇒Module suivant
WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
WS10. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MENAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES ?	Autres ménages seulement (pas publiques) 1 Toilettes publiques 2	2⇒Module suivant
WS11. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10) . 0 ____ Dix ménages ou plus 10 NSP 98	

LAVAGE DES MAINS		HW
HW1. J'AIMERAI SAVOIR QUELS SONT LES ENDROITS QUE LES MENAGES UTILISENT POUR SE LAVER LES MAINS. MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Observé 1 Pas observé Pas dans le logement/terrain/jardin/cour 2 Pas de permission de voir 3 Bouilloire..... 4 Autre (préciser) 6	2 ⇨ HW4 3 ⇨ HW4 4 ⇨ HW4 6 ⇨ HW4
HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains <i>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible 1 Eau non disponible 2	
HW3A. Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?	Oui, il y en a 1 Non, il n'y en a pas 2	2⇨HW4
HW3B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Barre de savon A Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D	A⇨HW6 B⇨ HW6 C⇨ HW6 D⇨ HW6
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⇨ HW6
HW5A. POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER?	Oui, montré..... 1 Non, non montré..... 2	2⇨ HW6
HW5B. Enregistrer l'observation. <i>Encercler tout ce qui s'applique.</i>	Barre de savon A Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D	
HW6. QUELS SONT LES MOMENTS CLES OU ON DOIT SE LAVER LES MAINS ?	Après avoir fait ses besoins..... A Après avoir nettoyé un enfant/ un malade..B	
<i>Encercler tout ce qui est mentionné</i>	Avant de préparer le repasC Avant de manger.....D Avant d'allaiter /donner à manger à un enfant / un malade.....E NSP.....Y	

HH19. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes : ..	
----------------------------	-----------------------------	--

IODATION DU SEL		SI
SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE <u>POUR PREPARER LES REPAS</u> DE VOTRE MENAGE ? <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	

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 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'Enquêteur/trice**Observations du Chef d'équipe**



Connectez-vous avec nous :



www.unicef.org



www.twitter.com/unicef_mta
[twitter/voicesofyouth](https://twitter.com/voicesofyouth)



www.facebook.com/Unicef-Mauritanie
www.facebook.com/voicesofyouth

Unicef Mauritanie

Unicef Nouakchott
Îlot K Parcelle 146-151, BP 620, Mauritanie

unicef  | pour chaque enfant