

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE				HH
HH1. Numéro de grappe : _____		HH2. Numéro de ménage : _____		
HH3. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____		HH4. Nom et code du contrôleur : Nom _____		
VISITE D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	
Date	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Résultat	_____	_____	_____	
Rendez-vous	Date	____/____/____	_____	
	Heure	____:____	_____	
HH6. Milieu: Urbain 1 Rural 2		HH7. Région: Anosy 1 Atsimo Atsinanana .. 3 Androy 2 Atsimo Andrefana 4		

<i>Après avoir rempli tous les questionnaires pour le ménage, complétez les informations suivantes:</i>	
HH5. Date finale de l'interview du ménage : ____/____/2012	Nombre total de visites : <input type="text"/>
HH8. Nom du chef de ménage : _____	
HH9. Résultat final de l'interview du ménage : Rempli 01 Pas de membre de ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite des enquêteurs 02 Ménage entier absent pour longue durée 03 Refusé 04 Logement vide/ pas de logement à l'adresse. 05 Logement détruit 06 Logement pas trouvé 07 Autre (précisez) 96	HH10. Enquêté(e) pour le questionnaire ménage : Nom: _____ Numéro de ligne: _____
HH12. Nombre de femmes de 15-49 ans : _____	HH11. Nombre total de membres du ménage: _____
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : _____	HH13. Nombre de questionnaires Femmes remplis : _____
HH16. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	HH15. Nombre de questionnaires pour les moins de 5 ans remplis : _____

HH16. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	HH17. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
---	---

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTAT. 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 60 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

☐ *Oui, permission accordée* ⇒ Allez à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.

☐ *Non, permission non accordée* ⇒ Complétez HH9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.

HH18.
Enregistrez l'heure:

Heure..... __ __

Minutes..... __ __

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE

HL

TOUT D'ABORD, DONNEZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MÉNAGE.

Enregistrez le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrez tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4)

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

Si oui, complétez la liste pour les questions HL2-HL4. Posez ensuite toutes les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Utilisez un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la feuille ménage ont été utilisées.

	Pour les hommes et femmes de 15-49 ans	Pour les femmes de 15-49 ans	Pour les enfants de 5-14 ans	Pour les enfants de moins de 5 ans	Pour tous les membres du ménage	Pour les enfants âgés de 0-17 ans
--	--	------------------------------	------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE ?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL6A. LORS DES 4 DERNIERS MOIS, [nom] A-T-IL/ELLE TRAVAILLE AVEC LE SYSTEME VIVRE CONTRE TRAVAIL (VCT)?	HL7.	HL8.	HL9.	HL10.	HL11.	HL12.	HL13.	HL14.
			1 Masculin 2 Féminin	98 NSP 9998 NSP	<i>Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Enregistrez en années révolues. Si l'âge est égal ou supérieur à 95, inscrivez '95'</i>	1 Oui 2 Non	<i>Encerclez le no. de ligne si la femme est âgée de 15-49ans</i>	QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère /personne principale qui prend soin de l'enfant</i>	QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère / personne principale qui prend soin de l'enfant</i>	EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ? 1 Oui 2 Non	EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non 8 NSP HL13	EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour "Non"</i>	EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non Ligne suivante 8 NSP Ligne suivante	EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? <i>Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour "Non"</i>
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois Année	Âge	O N	15-49	Mère/resp	Mère/resp	O N	O N NSP	Mère	O N NSP	Père
01		0 1	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	01	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
02		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	02	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
03		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	03	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
04		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	04	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
05		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	05	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
06		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	06	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
07		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	07	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
08		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	08	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __
09		__ __	1 2	__ __ __ __ __ __	__ __	1 2	09	__ __	__ __	1 2	1 2 8	__ __	1 2 8	__ __

HL1. <i>No. de ligne</i>	HL2. <i>Nom</i>	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (<i>nom</i>) AVEC LE CHEF DE MENAGE ?	HL4. (<i>Nom</i>) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ? 1 Masculin 2 Féminin	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (<i>nom</i>)? 98 NSP 9998 NSP		HL6. QUEL AGE A (<i>nom</i>)? <i>Insistez:</i> QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Enregistrez en années révolues. Si l'âge est égal ou supérieur à 95, inscrivez '95'</i>	HL6A. LORS DES 4 DERNIERS MOIS, [<i>nom</i>] A-T- IL/ELLE TRAVAILLE AVEC LE SYSTEME VIVRE CONTRE TRAVAIL (VCT)? 1 Oui 2 Non	HL7. <i>Encerclez le no. de ligne si la femme est âgée de 15-49ans</i>	HL8. QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère /personne principale qui prend soin de l'enfant</i>	HL9. QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère / personne principale qui prend soin de l'enfant</i>	HL10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ? 1 Oui 2 Non	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non HL13 8 NSP HL13	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (<i>nom</i>) VIT DANS CE MENAGE? <i>Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour "Non"</i>	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (<i>nom</i>) VIT DANS CE MENAGE? EST TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non Ligne suivante 8 NSP Ligne suivante	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (<i>nom</i>) VIT DANS CE MENAGE? <i>Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour "Non"</i>							
Ligne	Nom	Relation*	M	F	Mois	Année	Âge	O	N	15-49	Mère/resp	Mère/resp	O	N	O	N	NSP	Mère	O	N	NSP	Père
10		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	10	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___
11		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	11	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___
12		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	12	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___
13		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	13	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___
14		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	14	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___
15		___ ___	1	2	___	___	___	1	2	15	___	___	1	2	1	2	8	___	1	2	8	___

Cochez ici si questionnaire supplémentaire utilisé ☐

Insistez pour savoir s'il n'y a pas d'autres membres dans le ménage. En particulier, demandez 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. Inscrivez les noms des membres additionnels dans la liste du ménage et complétez la feuille de manière appropriée.

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

* Codes pour HL3 : relation avec le chef de ménage :

01 Chef de ménage	06 Mère /Père	11 Nièce / Neveu
02 Épouse / Époux	07 Beau-père/Belle-mère	12 Autre parent
03 Fils / Fille	08 Frère / Sœur	13 Enfant adoptif/en accueil/de l'époux(se)
04 Gendre/Belle-fille	09 Beau-frère / Belle-sœur	14 Sans lien de parenté
05 Petit-fils/Petite -fille	10 Oncle / Tante	98 NSP

EDUCATION

ED

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus

Pour les membres du ménage de 5-24 ans

ED1. <i>No de ligne</i>	ED2. <i>Nom et âge</i> <i>Copier à partir de la liste des membres du ménage, de HL2 et HL6</i>		ED3. <i>(Nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A L'ECOLE FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?</i>		ED4A. <i>QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT?</i>		ED4B. <i>QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVE A CE NIVEAU ?</i>		ED5. <i>AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2011-2012) (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?</i>		ED6. <i>AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom)?</i>		ED6A_CS. <i>Si de niveau primaire, (Nom) A-T-IL UN KIT SCOLAIRE?</i>		ED7. <i>AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2010-2011), (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?</i>		ED8. <i>AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom)?</i>		ED8A_CS <i>Si de niveau primaire, (Nom) AVAIT-T-IL UN KIT SCOLAIRE?</i>			
			1 Oui 2 Non ↘ <i>Ligne suivante</i>		Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire I 3 Secondaire II 4 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, sautez à ED5</i>		Classe : 98 NSP <i>Si moins d'1 classe, inscrivez 00</i>		1 Oui 2 Non ↘ <i>ED7</i>		Niveau: 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire I 3 Secondaire II 4 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, allez à ED7</i>		Classe : 98 NSP		1 Oui 2 Non ↘ 8 NSP <i>Ligne suivante</i>		Niveau: 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire I 3 Secondaire II 4 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, allez à la ligne suivante</i>		Classe : 98 NSP		1 Oui 2 Non 8 NSP <i>Allez à la ligne suivante</i>	
Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Niveau	Classe	Oui	Non	Niveau	Classe	O	N	NSP	Oui	Non	NSP	Niveau	Classe	O	N	NSP	
01		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
02		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
03		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
04		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
05		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
06		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
07		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
08		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
09		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
10		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
11		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
12		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
13		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
14		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	
15		___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	0 1 2 3 8	___	1	2	8	1	2	8	0 1 2 3 8	___	1	2	8	

NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE I = 2	SECONDAIRE II = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	00 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 11 ^{ème} = CP1 = 01	T6 = 6 ^{ème} = 06	T10 = 2 ^{nde} = 10	1 ^{ère} année = 13
	T2 = 10 ^{ème} = CP2 = 02	T7 = 5 ^{ème} = 07	T11 = 1 ^{ère} = 11	2 ^{ème} année = 14
	T3 = 9 ^{ème} = CE = 03	T8 = 4 ^{ème} = 08	T12 = Terminale = 12	3 ^{ème} année = 15
	T4 = 8 ^{ème} = CM1 = 04	T9 = 3 ^{ème} = 09	NSP = 98	4 ^{ème} année = 16
	T5 = 7 ^{ème} = CM2 = 05	NSP = 98		5 ^{ème} année ou + = 17
	NSP = 98			NSP = 98

EDUCATION														ED
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus					Pour les membres du ménage de 5-24 ans									
ED1. No de ligne	ED2. Nom et âge Copier à partir de la page précédente		ED9. EST-CE QUE (nom) A DEJA FREQUENTE A UN CERTAIN MOMENT UNE ECOLE INFORMELLE, TELLE QUE ALPHABETISATION , EDUCATION SPECIALISEE, APPRENTISSAGE PROFESSIONNEL, EDUCATION RELIGIEUSE OU AUTRE? 1 Oui 2 Non 8 NSP	ED10. QUEL TYPE D'ECOLE INFORMELLE (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE? (Plusieurs réponses possibles) Type: A. Alphabéti- sation B. Education spécialisée C. Apprenti- ssage professionnel D. Education religieuse X. Autre (Précisez)	ED11. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE 2011-2012 (nom) A-T-IL /ELLE FREQUENTE A UN CERTAIN MOMENT CES TYPES D'ECOLE INFORMELLE ? 1 Oui 2 Non 8 NSP	ED12. QUEL TYPE D'ECOLE INFORMELLE (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE? (Plusieurs réponses possibles) Type: A. Alphabéti- sation B. Education spécialisée C. Apprenti- ssage professionnel D. Education religieuse X. Autre (Précisez)	ED13. Vérifiez ED5 : Si oui, continuez à ED14 Si Non, sauter à ED18	ED14. COMBIEN DE JOURS OU SEMAINES (nom) A-T-IL/ELLE MANQUE L'ECOLE DANS LES 4 DERNIERES SEMAINES, A PART LES VACANCES SCOLAIRES ? 0. Jamais ED16 1. Moins d'une semaine 2. Entre 1 et 2 semaines 3. Plus de 2 et moins de 4 semaines 4. N'est pas allé(e) à l'école 8. NSP ED16	ED15. QUELLE EST LA RAISON <u>PRINCIPALE</u> POUR AVOIR MANQUE L'ECOLE ? (Enumérez les choix) 1. Maladie 2. Travail agricole 3. Migration 4. Aide ménagère 5. Argent insuffisant pour aller à l'école 6. Autre (Précisez) 8. NSP	ED16. (Nom) A-T-IL MANGE A LA MAISON AVANT DE QUITTER POUR L'ECOLE LE DERNIER JOUR IL/ELLE EST ALLE(E) A L'ECOLE ? 1 Oui 2 Non 8 NSP	ED17. (Nom) A-T-IL MANGE UN REPAS FOURNI PAR L'ECOLE LE DERNIER JOUR IL/ELLE EST ALLE(E) A L'ECOLE? 1 Oui 2 Non 8 NSP	ED18. Vérifiez ED7 : Si oui, continuez à ED19 Si Non, allez à la ligne suivante	ED19. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE DERNIERE (2010-2011), COMBIEN DE JOURS [nom] A-T-IL/ELLE MANQUE L'ECOLE? 0. Jamais Ligne suivante 1. <1 sem 2. 1 sem. à <1 mois 3. 1-4 mois 4. >4 mois 8. NSP Ligne suivante	ED20. QUELLE EST LA RAISON <u>PRINCIPALE</u> POUR AVOIR MANQUE L'ECOLE ? (Enumérez les choix) 1. Maladie 2. Travail agricole 3. Migration 4. Aide ménagère 5. Argent insuffisant pour aller à l'école 6. Autre (Précisez) 8. NSP
Ligne	Nom	Age	O N NSP	Type	O N NSP	Type	O N	Absence	Raison	O N NSP	O N NSP	O N	Absence	Raison
01			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
02			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
03			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
04			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
05			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
06			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
07			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
08			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
09			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
10			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
11			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
12			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
13			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
14			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		
15			1 2 8	A B C D X	1 2 8	A B C D X	1 2			1 2 8	1 2 8	1 2		

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 parcelle12 Robinet du voisin13 Robinet public / Borne fontaine14 Puits à pompe, Forage21 Puits creusé Puits protégé.....31 Puits non protégé32 Eau de source Source protégée41 Source non protégée42 Eau de pluie.....51 Camion-citerne61 Charrette avec petite citerne / tonneau71 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)81 Eau en bouteille.....91 Autre (<i>précisez</i>)96	11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6 14⇒WS3 21⇒WS3 31⇒WS3 32⇒WS3 41⇒WS3 42⇒WS3 51⇒WS3 61⇒WS3 71⇒WS3 81⇒WS3 96⇒WS3
WS2. D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet Dans le logement.....11 Dans quartier, cour ou parcelle12 Robinet du voisin13 Robinet public / Borne fontaine14 Puits à pompe, Forage21 Puits creusé Puits protégé.....31 Puits non protégé32 Eau de source Source protégée41 Source non protégée42 Eau de pluie.....51 Camion-citerne61 Charrette avec petite citerne / tonneau71 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)81 Autre (<i>précisez</i>)96	11⇒WS6 12⇒WS6 13⇒WS6
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUEE ?	Dans logement1 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 1 ____ Nombre d'heures 2 ____ NSP998	

WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ? <i>Insistez:</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>Insistez:</i> AUTRE CHOSE? <i>Enregistrez tout ce qui est mentionné.</i>	La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / chlore / Sur'eau®B La filtrer à travers un lingeC Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.).....D Désinfection solaire.....E La laisser reposerF Autre (<i>précisez</i>)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", insistez:</i> OU VONT LES EAUX USEES ? <i>Si nécessaire, demandez 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)/ Latrines améliorées auto-aérées (LAA) 21 Latrines à fosses avec dalle lavable 24 Latrines à fosses avec dalle non lavable 25 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23 Toilettes à compostage 31 Seaux/tinette 41 Toilettes/latrines suspendues 51 Pas de toilettes, nature 95 Autre (<i>précisez</i>) 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	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MÉNAGE ?	Catholique..... 1 Protestante/FLM 2 Musulmane 3 Traditionnelle/Animiste 4 Autre religion (<i>précisez</i>) 6 Sans religion 7	
HC2. DANS CE MÉNAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces..... _ _ _	
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrez l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable..... 11 Bouse..... 12 Matériau rudimentaire Planche en bois 21 Palmes/bambou 22 Natte 23 Matériau fini Parquet ou bois ciré 31 Vinyle ou asphalte 32 Carrelage 33 Ciment..... 34 Moquette 35 Autre (<i>précisez</i>) 96	
HC4. <i>Principal matériau du toit</i> <i>Enregistrez l'observation</i>	Matériau naturel Pas de toit..... 11 Chaume/feuille de palmier 12 Motte d'herbes 13 Matériau rudimentaire Natte 21 Palmes / Bambou 22 Planches en bois 23 Carton 24 Matériau fini Tôle 31 Bois 32 Zinc / Fibre de ciment 33 Tuiles 34 Ciment..... 35 Shingles 36 Autre (<i>précisez</i>) 96	

<p>HC5. <i>Matériau principal des murs extérieurs</i></p> <p><i>Enregistrez l'observation.</i></p>	<p>Matériau naturel</p> <p>Pas de murs..... 11</p> <p>Bambou / Cane / Palmes / troncs 12</p> <p>Terre 13</p> <p>Matériau rudimentaire</p> <p>Bambou avec boue 21</p> <p>Pierre avec boue 22</p> <p>Adobe non recouvert 23</p> <p>Contre-plaqué 24</p> <p>Carton 25</p> <p>Bois de récupération 26</p> <p>Matériau fini</p> <p>Ciment..... 31</p> <p>Pierre avec chaux/ciment 32</p> <p>Briques 33</p> <p>Blocs de ciment..... 34</p> <p>Adobe recouvert 35</p> <p>Planches de bois/shingles 36</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p>																												
<p>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS <u>PRINCIPALEMENT</u> POUR LA CUISINE ?</p>	<p>Électricité 01</p> <p>Gaz propane liquéfié (GPL) 02</p> <p>Gaz naturel 03</p> <p>Biogaz 04</p> <p>Pétrole / Kérosène 05</p> <p>Charbon / Lignite 06</p> <p>Charbon de bois 07</p> <p>Bois 08</p> <p>Paille/branchages/herbes 09</p> <p>Bouse 10</p> <p>Résidus agricoles 11</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage 95</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>03⇒HC8</p> <p>04⇒HC8</p> <p>05⇒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', insistez:</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 (<i>précisez</i>) 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] UNE TABLE ?</p> <p>[G] UNE CHAISE ?</p> <p>[H] UN LIT ?</p>	<table> <tr> <th></th><th>Oui</th><th>Non</th></tr> <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>Table.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Chaise.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Lit</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Oui	Non	Electricité	1	2	Radio.....	1	2	Télévision.....	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur.....	1	2	Table.....	1	2	Chaise.....	1	2	Lit	1	2	
	Oui	Non																											
Electricité	1	2																											
Radio.....	1	2																											
Télévision.....	1	2																											
Téléphone fixe	1	2																											
Réfrigérateur.....	1	2																											
Table.....	1	2																											
Chaise.....	1	2																											
Lit	1	2																											

<p>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</p> <p>[A] UNE MONTRE ?</p> <p>[B] UN TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>[C] UNE BICYCLETTE ?</p> <p>[D] UNE MOTOCYCLETTE OU UN SCOOTER ?</p> <p>[E] UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ?</p> <p>[F] UNE VOITURE OU UN CAMION ?</p> <p>[G] UN BATEAU A MOTEUR ?</p> <p>[H] UNE CHARRUE?</p>	<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>Motocyclette / Scooter</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Charrette tirée par un 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>Charrue</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	Motocyclette / Scooter	1	2	Charrette tirée par un animal	1	2	Voiture / camion.....	1	2	Bateau à moteur	1	2	Charrue	1	2	
	Oui	Non																											
Montre.....	1	2																											
Téléphone mobile	1	2																											
Bicyclette	1	2																											
Motocyclette / Scooter	1	2																											
Charrette tirée par un animal	1	2																											
Voiture / camion.....	1	2																											
Bateau à moteur	1	2																											
Charrue	1	2																											
<p>HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ?</p> <p><i>Si "Non", demandez :</i></p> <p>LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ?</p> <p><i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encerclez "2".</i></p> <p><i>Pour les autres réponses encerclez "6".</i></p>	<p>Propriétaire 1</p> <p>Location 2</p> <p>Autre (pas propriétaire ou pas loué) 6</p>																												
<p>HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒HC13																											
<p>HC12. QUELLE EST LA SUPERFICIE DES TERRES AGRICOLES QUE LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT ?</p> <p><i>Encerclez l'unité appropriée.</i></p> <p><i>Si 95 ou plus, enregistrez '95'.</i></p> <p><i>Si inconnu, enregistrez '998'.</i></p>	<p>m² 1 ____</p> <p>Ares..... 2 ____</p> <p>Hectares..... 3 ____</p> <p>NSP..... 998</p>																												
<p>HC13. EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒HC15																											
<p>HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL DE :</p> <p>[A] VACHES LAITIERES, OU TAUREAUX ?</p> <p>[B] CHEVAUX, ANES OU MULES ?</p> <p>[C] CHEVRES ?</p> <p>[D] MOUTONS ?</p> <p>[E] POULETS ?</p> <p>[F] COCHONS?</p> <p>[G] ZEBUS?</p> <p>[H] CANARDS/OIES/DINDONS?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p> <p><i>Si 95 ou plus, enregistrez '95'.</i></p> <p><i>Si inconnu, enregistrez '98'.</i></p>	<p>Vaches laitières ou taureaux ____</p> <p>Chevaux, ânes ou mules ____</p> <p>Chèvres..... ____</p> <p>Moutons ____</p> <p>Poulets ____</p> <p>Cochons..... ____</p> <p>Zébus ____</p> <p>Canards/oies/dindons ____</p>																												
<p>HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>																												

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. <i>Demandez à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utilisez un ou des questionnaires supplémentaires.</i>		

	1 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
TN4. <i>Moustiquaire observée?</i>	Observée 1 Non observée..... 2	Observée..... 1 Non observée..... 2	Observée 1 Non observée 2
TN5. <i>Observez ou demandez la marque/type de moustiquaire</i> <i>Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrez à l'enquête des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée Olyset 11 Supermanet 12 Super Moustiquaire... 13 Autre (précisez) 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré imprégnées Milay 21 Autre (précisez) 26 NSP marque 28 Autre moustiquaire (précisez) 31 NSP marque / type..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Olyset..... 11 Supermanet 12 Super Moustiquaire... 13 Autre (précisez) 16 NSP marque 18 Moustiquaires pré imprégnées Milay 21 Autre (précisez) 26 NSP marque 28 Autre moustiquaire (précisez) 31 NSP marque / type..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Olyset 11 Supermanet..... 12 Super Moustiquaire .. 13 Autre (précisez)..... 16 NSP marque..... 18 Moustiquaires pré imprégnées Milay 21 Autre (précisez)..... 26 NSP marque..... 28 Autre moustiquaire (précisez) 31 NSP marque / type 98
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE? <i>Si moins d'un mois, enregistrez '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. <i>Vérifiez TN5 pour le type de moustiquaire</i>	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre, NSP (31, 98) ⇒ Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre, NSP (31, 98) ⇒ Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre, NSP (31, 98) ⇒ Continuez
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 TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr 8 8⇒ TN11	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr..... 8 8⇒ TN11	Oui..... 1 Non 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr..... 8 8⇒ TN11

<p>TN10. COMBIEN DE MOIS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrez '00'</i></p>	<p>Mois ____ ____</p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>NSP / Pas sûr 98</p>	<p>Mois..... ____ ____</p> <p>Plus de 24 mois..... 95</p> <p>NSP / Pas sûr..... 98</p>	<p>Mois ____ ____</p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>NSP / Pas sûr 98</p>
<p>TN11. EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>2⇒ TN13</p> <p>NSP / Pas sûr 8</p> <p>8⇒ TN13</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>2⇒ TN13</p> <p>NSP / Pas sûr..... 8</p> <p>8⇒ TN13</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>2⇒ TN13</p> <p>NSP / Pas sûr 8</p> <p>8⇒ TN13</p>
<p>TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?</p> <p><i>Enregistrez le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage</i></p> <p><i>Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrez '00'. Un questionnaire supplémentaire doit être utilisé s'il y a plus de 4 personnes qui ont dormi sous la moustiquaire. (voir manuel)</i></p>	<p>Nom ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p>	<p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne... ____ ____</p>	<p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne ... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne ... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne ... ____ ____</p> <p>Nom..... ____</p> <p>Numéro de ligne ... ____ ____</p>
<p>TN13.</p>	<p><i>Retournez à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant.</i></p>	<p><i>Retournez à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant.</i></p>	<p><i>Retournez à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant</i></p>
<p><i>Cochez ici si un questionnaire supplémentaire doit être utilisé</i> <input type="checkbox"/></p>			

PULVERISATION INTRA-DOMICILIAIRE		IR
IR1. EST-CE QU'AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, QUELQU'UN EST VENU DANS VOTRE LOGEMENT POUR PULVERISER LES MURS INTERIEURS CONTRE LES MOUSTIQUES?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
IR2. QUI A PULVERISE LE LOGEMENT? <i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i>	Employé/Programme du gouvernementA Société privéeB Organisation non gouvernementale.....C Autre (précisez)X NSPZ	

TRAVAIL DES ENFANTS													CL													
Ce module concerne les enfants du ménage âgés de 5-14 ans. Pour les membres du ménage âgés de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laissez les lignes en blanc.																										
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUT TRAVAIL QUE FONT LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE.																										
CL1. Numéro de ligne	CL2. Nom et Âge <i>Copier à partir de la liste des membres du ménage, de HL2 et HL6</i>		CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? <i>Si oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE ?</i> 1 Oui, Payé (argent ou nature) 2 Oui, non payé 3 Non ⇒ CL5			CL4. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T- IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? <i>Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux.</i>			CL5. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) EST-IL/ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE ? 1 Oui 2 Non ⇒ CL7			CL6. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T- IL/ELLE PASSE A ALLER CHERCHER DE L'EAU OU DU BOIS POUR LE MENAGE ?			CL7. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL PAYE OU NON PAYE SUR LES TERRES FAMILIALES OU DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE OU A-T-IL /ELLE VENDU DES MARCHANDISES DANS LA RUE ? <i>Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires.</i> 1 Oui 2 Non ⇒ CL9			CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T- IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR SA FAMILLE OU POUR LUI- MEME ?			CL9. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE A FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER DES VETEMENTS, CUISINER OU S'OCCUPER D'ENFANTS , DE PERSONNES AGEES OU MALADES? 1 Oui 2 Non ⇒ Ligne suivante			CL10. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T- IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?		
Ligne	Nom	Âge	Oui Payé	Non N.payé	Nombre d'heures	Oui	Non	Nombre d'heures	Oui	Non	Nombre d'heures	Oui	Non	Nombre d'heures	Oui	Non	Nombre d'heures									
01		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
02		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
03		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
04		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
05		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
06		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
07		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
08		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
09		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
10		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
11		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
12		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
13		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
14		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							
15		__ __	1	2	3	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__	1	2	__	__							

Tableau 1: Enfants âgés de 2-14 ans éligibles pour les questions de discipline de l'enfant

- Inscrivez chaque enfant âgé de 2-14 ans ci-dessous dans le même ordre que celui qui figure dans la feuille d'enregistrement du ménage. N'incluez pas de membres du ménage dont l'âge se situe à l'extérieur de l'intervalle 2-14 ans.
- Enregistrez le numéro de ligne, le nom, le sexe et l'âge pour chaque enfant.
- Enregistrez ensuite le nombre total d'enfants âgés de 2-14 ans dans la case prévue (CD6).
- S'il n'y a pas d'enfants âgés de 2-14 ans dans le ménage, sautez au module suivant.

CD1. Numéro de rang	CD2. Numéro de ligne à partir de HL1	CD3. Nom à partir de HL2	CD4. Sexe à partir de HL4		CD5. Âge à partir de HL6
Rang	Ligne	Nom	M	F	Age
1	— —		1	2	— — —
2	— —		1	2	— — —
3	— —		1	2	— — —
4	— —		1	2	— — —
5	— —		1	2	— — —
6	— —		1	2	— — —
7	— —		1	2	— — —
8	— —		1	2	— — —
CD6.	Nombre total d'enfants âgés de 2-14 ans				

S'il y a seulement un enfant de 2-14 ans dans le ménage, sautez le tableau 2 et allez à CD8; inscrivez '1' et continuez avec CD9

Tableau 2: Sélection aléatoire de l'enfant pour les questions sur la discipline

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

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

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

CD9. Inscrivez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et de CD2, selon le numéro de rang de CD8.	Nom (CD3) _____ Numéro de ligne (CD2) _ _	
CD10. 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 <u>VOUS AVEZ OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom) AU COURS DU MOIS DERNIER.</u>		
CD11. RETIRER DES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME FAIRE OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON ?	Oui 1 Non 2	
CD12. EXPLIQUER A (nom) POURQUOI SON COMPORTEMENT N'EST PAS ACCEPTABLE.	Oui 1 Non 2	
CD13. LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non 2	
CD14. HURLER, LUI CRIER APRES.	Oui 1 Non 2	
CD15. LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Oui 1 Non 2	
CD16. LUI DONNER UNE FESSEE, LE FRAPPER OU LE TAPER SUR LES FESSES A MAIN NUES.	Oui 1 Non 2	
CD17. LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU SUR UNE AUTRE PARTIE DU CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSSE A CHEVEUX, UN BATON OU UN AUTRE OBJET DUR.	Oui 1 Non 2	
CD18. LE/LA TRAITER D'IDIOT, DE PARESSEUX OU D'UN AUTRE MOT VOISIN.	Oui 1 Non 2	
CD19. LE/LA FRAPPER OU LE/LA GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non 2	
CD20. LE/LA FRAPPER OU LE/LA TAPER SUR LES MAINS, LES BRAS OU LES JAMBES	Oui 1 Non 2	
CD21. LE/LA BATTRE, C'EST-A-DIRE LE/LA FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE.	Oui 1 Non 2	
CD22. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER OU EDUQUER CORRECTEMENT UN ENFANT, IL EST NECESSAIRE QU'IL SOIT PUNI PHYSIQUEMENT ?	Oui 1 Non 2 Ne Sait Pas / Sans opinion 8	

REVENUS ET DEPENSES DU MENAGE		IE
IE1. LORS DE L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE (2011 / 2012) , LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'EDUCATION, PAR EXEMPLE LES FRAIS D'INSCRIPTION, FRAIS DE SCOLARITE, L'ASSOCIATION DES PARENTS D'ELEVES, FOURNITURES SCOLAIRES ET CANTINE SCOLAIRE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IE7 8⇒IE7
IE2. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FRAIS D'INSCRIPTION (DROIT)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE3. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FRAIS DE SCOLARITE (ECOLAGE)?	0 Ariary..... 0 1-10.000 Ariary 1 10.001-20.000 Ariary 2 20.001-50.000 Ariary 3 50.001-100.000 Ariary 4 100.001-200.000 Ariary 5 Plus de 200.000 Ariary 6 NSP 8	
IE4. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'ASSOCIATION DES PARENTS D'ELEVES (FRAM)?	0 Ariary..... 0 1 -3.000 Ariary 1 3.001-.5000 Ariary 2 5.001-10.000 Ariary 3 10.001-20.000 Ariary 4 20.001-30.000 Ariary 5 Plus de 30.000 Ariary 6 NSP 8	
IE5. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FOURNITURES (CAHIERS, STYLOS, ETC.)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE6. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT A L'ECOLE (CANTINE SCOLAIRE, ACHAT DE NOURRITURE)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE7. LORS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (2010 / 2011) , LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'EDUCATION, PAR EXEMPLE LES FRAIS D'INSCRIPTION, FRAIS DE SCOLARITE, L'ASSOCIATION DES PARENTS D'ELEVES, FOURNITURES SCOLAIRES ET CANTINE SCOLAIRE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ IE13 8⇒ IE13

IE8. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FRAIS D'INSCRIPTION (DROIT)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE9. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FRAIS DE SCOLARITE (ECOLAGE)?	0 Ariary..... 0 1-10.000 Ariary 1 10.001-20.000 Ariary 2 20.001-50.000 Ariary 3 50.001-100.000 Ariary 4 100.001-200.000 Ariary 5 Plus de 200.000 Ariary 6 NSP 8	
IE10. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'ASSOCIATION DES PARENTS D'ELEVES (FRAM)?	0 Ariary..... 0 1 -3.000 Ariary 1 3.001-.5000 Ariary 2 5.001-10.000 Ariary 3 10.001-20.000 Ariary 4 20.001-30.000 Ariary 5 Plus de 30.000 Ariary 6 NSP 8	
IE11. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR LES FOURNITURES (CAHIERS, STYLOS, ETC.)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE12. COMBIEN LE MENAGE A-T-IL DEPENSE POUR L'ALIMENTATION DE L'ENFANT A L'ECOLE (CANTINE SCOLAIRE, ACHAT DE NOURRITURE)?	0 Ariary..... 0 1-5.000 Ariary 1 5.001-10.000 Ariary 2 10.001-20.000 Ariary 3 20.001-50.000 Ariary 4 50.001-100.000 Ariary 5 Plus de 100.000 Ariary 6 NSP 8	
IE13. LE MENAGE A-T-IL PRATIQUE L'AGRICULTURE AU COURS DE LA DERNIERE CAMPAGNE AGRICOLE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ IE15 8⇒ IE15

<p>IE14A. QUELLES SONT LES PRINCIPALES CULTURES QUE PRODUIT VOTRE MENAGE?</p> <p>Voir Code Culture</p>	<p>IE14B. QUELLE QUANTITE DE <i>(culture)</i> AVEZ-VOUS PRODUIT LORS DE LA SAISON PASSEE?</p> <p>Code Unité 01 = Gony (50 kg) 02 = Gony (100 kg) 03 = Charette 04 = Kapoaka 05 = Daba 06 = Harona/Taty 07 = Vaha 08 = Madatine 10 = KG 11 = Garaba 12 = Fototra/Voly 13 = Rabane 14 = Seau/Sihua 15 = Tohine 16 = Sobika 17 = Fehiny 18 = Vata 96=Autres (précisez) _____</p>			<p>IE14C. QUELLE PROPORTION DE VOTRE PRODUCTION AVEZ-VOUS VENDU?</p> <p>CODE proportion 1=La totalité 2=Presque la totalité 3=Plus de la moitié 4=La moitié 5=Moins de la moitié 6=Presque rien 7=Rien 8=NSP</p> <p>Si 1 ⇒ ligne suivante</p>	<p>IE14D. COMBIEN DE TEMPS ONT DURE VOS STOCKS DE <i>(culture)</i>?</p>
Culture	Unité	Quantité	Equivalence de l'unité locale en KG (à remplir par le chef d'équipe)	Proportion vendue	Semaines / Mois
1. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____
2. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____
3. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____
4. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____
5. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____
6. _____	_____	_____	_____	_____	Semaines. 1 ____ Mois..... 2 ____

IE15. EN DEHORS DE L'AGRICULTURE (ET VENTE DE VOS PRODUCTIONS), LE MENAGE A-T-IL D'AUTRES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENU?	Oui	1	2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
	Non	2	
	NSP	8	

IE15A. QUELLES SONT LES ACTIVITES GENERATRICES DE REVENU DU MENAGE EN DEHORS DE L'AGRICULTURE (ET VENTE DE VOS PRODUCTIONS)?		IE15B. COMBIEN CES ACTIVITES ONT-ELLES RAPPORTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
Description détaillée de l'Activité	Code (voir manuel)	Montant en Ar
1.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8
2.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8
3.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8
4.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8
5.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8
6.	___ _ _	1-100.000 Ariary 1 100.001-200.000 Ariary 2 200.001-400.000 Ariary 3 400.001-600.000 Ariary 4 600.001-800.000 Ariary 5 800.001-1.000.000 Ariary 6 Plus de 1.000.000 Ariary 7 NSP 8

LAVAGE DES MAINS		HW
HW1. MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Observé 1 Pas observé Pas dans le logement/terrain/jardin/cour 2 Pas de permission de voir 3 Autre raison 6	2 ⇒ HW4 3 ⇒ HW4 6 ⇒ HW4
HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains <i>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</i>	Eau disponible 1 Eau non disponible 2	
HW3. Enregistrez si du savon ou d'autres produits nettoyants sont présents dans l'endroit spécial prévu pour se laver les mains. <i>Encerclez tout ce qui est mentionné. Allez à HH19 si aucun code savon ou détergent (A, B, C ou D) n'est encerclé. Si "Rien" (Y) est encerclé, continuez avec HW4.</i>	Morceau de savon A Détergent (Poudre / Liquide / Pâte) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D Rien Y	A ⇒ HH19 B ⇒ HH19 C ⇒ HH19 D ⇒ HH19
HW4. AVEZ-VOUS DU SAVON OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS DANS VOTRE MENAGE POUR LE LAVAGE DES MAINS?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ HH19
HW5. POUVEZ-VOUS, S'IL VOUS PLAÎT, ME LE MONTRER? <i>Enregistrez l'observation. Encerclez tout ce qui est mentionné</i>	Morceau de savon A Détergent (Poudre / Liquide / Pâte) B Savon liquide C Cendre / Boue / Sable D N'a pas pu montrer/A refusé de montrer ... Y	

HH20. Remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration et vérifiez la Feuille d'Enregistrement du Ménage :

☐ Un Questionnaire Individuel Femme a été rempli pour chaque femme âgée de 15-49 ans dans la Feuille d'Enregistrement du Ménage (HL7)

☐ Un Questionnaire sur les Enfants de Moins de Cinq ans a été rempli pour chaque enfant de moins de 5 ans dans la Feuille d'Enregistrement du Ménage (HL9)

Vérifiez la page de couverture et assurez-vous que toutes les informations sont enregistrées, y compris le nombre des femmes éligibles (HH12) et des enfants de moins de 5 ans (HH14).

Faites le nécessaire pour administrer le(s) questionnaire(s) restant(s) dans ce ménage.

— —

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME				WM
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.</i>				
WM1. Numéro de grappe : _____		WM2. Numéro de ménage : _____		
WM3. Nom de la femme : Name _____		WM4. Numéro de ligne de la femme (HL7) : _____		
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Name _____				
VISITE D'ENQUÊTEURS				
		1	2	3
Date		____/____/____	____/____/____	____/____/____
Résultat		_____	_____	_____
Rendez-vous	Date	____/____/____	____/____/____	
	Heure	____:____:____	____:____:____	

WM6. Date finale de l'interview : ____/____/2012	Nombre total de visites :
WM7. Résultat final de l'interview de la femme	Rempli 01 Pas à la maison 02 Refusé 03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (précisez) _____ 96

WM8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro): Nom _____	WM9. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____
--	---

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTAT. 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 60 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante:

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 60 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

- ☐ *Oui, permission accordée ⇒ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.*
- ☐ *Non, permission non accordée ⇒ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.*

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

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois 98 Année NSP année..... 9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insistez : QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues) :	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui1 Non2	2⇒WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle0 Primaire1 Secondaire I.....2 Secondaire II.....3 Supérieur4	0⇒WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"</i>	Année/classe :	
WB6. Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec WB7		
WB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrez les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout1 Peut lire certaines parties2 Peut lire la phrase entière3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée4 (précisez langue) Aveugle/ problème de vue5	

NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SECONDAIRE I = 2	SECONDAIRE II = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	00 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 11 ^{ème} = CP1 = 01	T6 = 6 ^{ème} = 06	T10 = 2 ^{nde} = 10	1 ^{ère} année = 13
	T2 = 10 ^{ème} = CP2 = 02	T7 = 5 ^{ème} = 07	T11 = 1 ^{ère} = 11	2 ^{ème} année = 14
	T3 = 9 ^{ème} = CE = 03	T8 = 4 ^{ème} = 08	T12 = Terminale = 12	3 ^{ème} année = 15
	T4 = 8 ^{ème} = CM1 = 04	T9 = 3 ^{ème} = 09	NSP = 98	4 ^{ème} année = 16
	T5 = 7 ^{ème} = CM2 = 05	NSP = 98		5 ^{ème} année ou + = 17
	NSP = 98			NSP = 98

MT1. Vérifiez WB7:

☐ Question sautée (l'enquêtée a une éducation secondaire ou plus) ⇒ Continuez avec MT2

☐ Capable de lire ou pas de phrase dans le langage de l'enquêtée (codes 2, 3 ou 4) ⇒ Continuez avec MT2

☐ Ne peut pas lire du tout ou est aveugle (codes 1 ou 5) ⇒ Allez à MT3

MT2. LISEZ-VOUS LE JOURNAL OU UN MAGAZINE PRESQUE TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 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 TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT4. REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION PRESQUE TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?	Oui 1 Non 2	2⇒MT9
MT7. AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR DANS N'IMPORTE QUEL ENDROIT DANS LES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2⇒MT9
MT8. DURANT CE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR PRESQUE TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE L'INTERNET ?	Oui 1 Non 2	2⇒MT12
MT10. AVEZ-VOUS UTILISE L'INTERNET DANS LES 12 DERNIERS MOIS ? <i>Si besoins, insistez sur son utilisation dans n'importe quel endroit ou avec n'importe quel appareil.</i>	Oui 1 Non 2	2⇒MT12
MT11. DURANT CE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE L'INTERNET PRESQUE TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT12. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN TELEPHONE MOBILE ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
MT13. AVEZ-VOUS UTILISE UN TELEPHONE MOBILE DANS LES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
MT14. DURANT CE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE LE TELEPHONE MOBILE PRESQUE TOUS LES JOURS, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE, OU PAS DU TOUT ?	Presque tous les jours 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

MORTALITE DES ENFANTS		CM
A part CM0 et BH12-BH14, toutes les questions CM1-CM13 et BH1-BH11 portent sur des naissances VIVANTES.		
CM0. AVEZ-VOUS DEJA ETE ENCEINTE ? <i>Si "Non" insistez et demandez : JE VEUX DIRE TOUTE GROSSESSE, MEME SI ELLE A ETE COURTE ET N'EST PAS ARRIVEE A TERME.</i>	Oui 1 Non 2	2⇒CM10
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, enregistrez '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, enregistrez '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" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?</i>	Oui 1 Non 2	2⇒CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrez '00'.</i>	Garçons décédés __ __ Filles décédées __ __	
CM10. Faites la somme des réponses à CM0, 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. Vérifiez ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Allez à BH12 <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuez avec le module de l'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifiez les réponses aux questions CM0-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec le module de l'HISTORIQUE DES NAISSANCES ou le module des SYMPTÔMES DE MALADIES.		

HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

MAINTENANT JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES, QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN PARTANT DE LA 1ERE QUE VOUS AVEZ EUE.

Notez le nom de toutes les naissances dans BH1. Notez les jumeaux/triples sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un questionnaire supplémentaire.

BH Numéro de Ligne	BH1. QUEL NOM A ETE DONNE A VOTRE (PREMIER/SUIVAN T) ENFANT?	BH2. (Nom) EST- IL/ELLE UNE NAISSANCE SIMPLE OU MULTIPLE?	BH3. EST-CE QUE (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom) ? Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? 98 NSP		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIR E?	BH7. (Nom) VIT- IL/ELLE AVEC VOUS?	BH8. Notez No de ligne de l'enfant de la feuille ménage (H11) Notez "00" si l'enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. <u>Si décédé:</u> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E)? Si "1 an", insistez : QUEL ETAIT L'AGE DE (nom) EN MOIS? Notez en jours si moins d'1 mois; en mois si moins de 2 ans; ou en années.		BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS DES ENFANTS DECEDES APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No Ligne	Unité	Nombre	O N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒Ligne suivante	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Suivante

BH Numéro de Ligne	BH1. QUEL NOM A ETE DONNE A VOTRE (PREMIER/SUIVAN T) ENFANT?	BH2. (Nom) EST- IL/ELLE UNE NAISSANCE SIMPLE OU MULTIPLE?	BH3. EST-CE QUE (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom) ? <i>Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i> 98 NSP		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIR E?	BH7. (Nom) VIT- IL/ELLE AVEC VOUS?	BH8. <i>Notez No de ligne de l'enfant de la feuille ménage (HL1)</i> <i>Notez, "00" si l'enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé:</i> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E)? <i>Si "1 an", insistez : QUEL ETAIT L'AGE DE (nom) EN MOIS?</i> <i>Notez en jours si moins d'1 mois; 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 DES ENFANTS DECEDES APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
8		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Naiss. Naiss. Suivante

BH Numéro de Ligne	BH1. QUEL NOM A ETE DONNE A VOTRE (PREMIER/SUIVAN T) ENFANT?	BH2. (Nom) EST- IL/ELLE UNE NAISSANCE SIMPLE OU MULTIPLE? 1 Simple 2 Multiple	BH3. EST-CE QUE (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE? 1 Garçon 2 Fille	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom) ? Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE? 98 NSP	BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non	BH6. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIR E? Notez l'âge en années révolues.	BH7. (Nom) VIT- IL/ELLE AVEC VOUS? 1 Oui 2 Non	BH8. Notez No de ligne de l'enfant de la feuille ménage (HL1) Notez "00" si l'enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. <u>Si décédé:</u> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E)? Si "1 an", insistez : QUEL ETAIT L'AGE DE (nom) EN MOIS? Notez en jours si moins d'1 mois; en mois si moins de 2 ans; ou en années.	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS DES ENFANTS DECEDES APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
BH11. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance)?						Oui..... 1 Non..... 2			1⇒Noter la/les naissances dans BH	

CM12. Comparez le nombre dans CM10 avec le nombre de naissances dans l'Historique des Naissances ci-dessus et vérifiez:

☐ Nombres sont égaux ⇒ Continuez avec BH12

☐ Nombres sont différents ⇒ Insistez et corrigez

<p>BH12. CERTAINES GROSSESSES SE TERMINENT AVANT TERME. L'EXPULSION DU FETUS (BEBE) DE L'UTERUS A LIEU SUITE A UN ACCIDENT OU BIEN UNE INTERVENTION AVANT QU'IL NE PUISSE SURVIVRE SEUL.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA EU UNE GROSSESSE QUI S'EST TERMINEE EN AVORTEMENT SPONTANE OU PROVOQUE?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒CM13</p>
<p>BH13. COMBIEN DE GROSSESSES AVEZ-VOUS EUES QUI SE SONT TERMINEES EN AVORTEMENT SPONTANE OU PROVOQUE?</p>	<p>Nombre d'avortements.....</p> <p>.....</p> <p>NSP..... 98</p>	<p>98⇒CM13</p>
<p>BH14. COMBIEN DE CES AVORTEMENTS ETAIENT LE RESULTAT D'UNE INTERVENTION VOLONTAIRE POUR TERMINER LA GROSSESSE ?</p>	<p>Nombre d'avortements provoqués.....</p> <p>Aucune 00</p> <p>NSP..... 98</p>	

CM13 Vérifiez BH4 dans l'Historique des Naissances : La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est à dire depuis (mois de l'interview) 2010.

☐ Pas de naissance vivante dans les 2 dernières années. ⇒ Allez au module SYMPTOMES DE MALADIES.

☐ Une naissance ou plus dans les 2 dernières années. ⇒ Notez le nom du dernier né et continuez avec le module suivant

Nom de l'enfant _____

Si l'enfant est décédé, apportez une attention particulière lorsque vous mentionnez le nom de l'enfant dans les modules suivants.

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<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>Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici : _____.</i></p> <p><i>Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes là où c'est indiqué.</i></p>		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui1 Non2	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?	Mois1 ____ Années.....2 ____ NSP998	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN															
<p><i>Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né</i></p> <p><i>Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.</i></p>																	
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MN5															
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme.....B Assistant médical.....C Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire.....G Autre (précisez)X																
MN2A_CS. DE COMBIEN DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE LORS DE VOTRE PREMIERE CONSULTATION PRENATALE ?	Mois..... NSP.....98																
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de fois..... NSP.....98																
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ? [D] VOUS A-T-ON PESEE?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Echantillon d'urine.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Pesée.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension.....	1	2	Echantillon d'urine.....	1	2	Prélèvement sanguin.....	1	2	Pesée.....	1	2	
	Oui	Non															
Tension.....	1	2															
Echantillon d'urine.....	1	2															
Prélèvement sanguin.....	1	2															
Pesée.....	1	2															
MN4A_CS.AU COURS DE CES CONSULTATIONS PRENATALES, EST-CE QU'ON VOUS A PARLE DES SIGNES DE COMPLICATION DE LA GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒MN5 8⇒MN5															
MN4B_CS. EST-CE QU'ON VOUS A DIT OU ALLER SI VOUS AVIEZ L'UNE DE CES COMPLICATIONS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8																
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 vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu)1 Oui (carnet non vu)2 Non.....3 NSP.....8																
MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR 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															

<p>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois..... ____</p> <p>NSP 8</p>	<p>8⇒MN9</p>
<p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Allez à MN11A</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9</i></p>		
<p>MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MN11A</p> <p>8⇒MN11A</p>
<p>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois..... ____</p> <p>NSP 8</p>	<p>8⇒MN11A</p>
<p>MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?</p>	<p>Il y a ____ année..... ____</p>	
<p>MN11A. DURANT CETTE GROSSESSE, VOUS A-T-ON DONNE OU AVEZ-VOUS ACHETE DES COMPRIMES DE FER OU DU SIROP CONTENANT DU FER ?</p> <p><i>Montrez comprimé/sirop</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MN11C</p> <p>8⇒MN11C</p>
<p>MN11B. DURANT TOUTE LA GROSSESSE, PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS PRIS CES COMPRIMES OU CE SIROP ?</p> <p><i>Encerclez l'unité appropriée</i></p>	<p>Jours 1 ____</p> <p>Semaines 2 ____</p> <p>Mois..... 3 ____</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN11C. DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN12. Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec MN13</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pas de soins prénatals ⇒ Allez à MN17</i></p>		
<p>MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MN17</p> <p>8⇒MN17</p>
<p>MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p> <p><i>Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêteur un antipaludéen courant.</i></p>	<p>SP / Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Autre (précisez) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>MN15. Vérifiez MN14 pour le médicament pris :</p> <p><input type="checkbox"/> <i>SP / Fansidar pris. ⇒ Continuez avec MN16</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>SP / Fansidar non pris. ⇒ Allez à MN17</i></p>		

<p>MN16. AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?</p>	<p>Nombre de fois..... _ _</p> <p>NSP 98</p>	
<p>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez 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>Infirmière / Sage-femme.....B</p> <p>Assistant médicalC</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 (précisez)X</p> <p>PersonneY</p>	
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>Insistez pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Votre domicile 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Centre hospitalier 21</p> <p>Centre de santé de base..... 22</p> <p>Autre public (précisez) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Autre privé médical (précisez) 36</p> <p>Autre (précisez) 96</p>	<p>11⇒ MN23</p> <p>12⇒ MN23</p> <p>96⇒ MN23</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>MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒MODULE SUIVANT</p>
<p>MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (NOM) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, notez '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, notez en heures.</i></p> <p><i>Autrement, notez en jours.</i></p>	<p>Immédiatement 000</p> <p>Heures..... 1 _ _</p> <p>Jours 2 _ _</p> <p>Ne sait pas/ Ne se rappelle pas 998</p>	
<p>MN26. DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (NOM) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒MODULE SUIVANT</p>
<p>MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (NOM) ?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel)A</p> <p>EauB</p> <p>Eau sucrée/eau glucoséeC</p> <p>Calmant pour coliquesD</p> <p>Solution eau salée/sucrée.....E</p> <p>Jus de fruit.....F</p> <p>Préparation pour bébé G</p> <p>Thé / Infusions.....H</p> <p>Miel.....I</p> <p>Autre (précisez)X</p>	

SOINS POST-NATALS		PN
<p><i>Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né</i></p> <p><i>Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.</i></p>		
<p>PN1. Vérifiez MN18: Est-ce que l'enfant est né dans une formation sanitaire?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une formation sanitaire (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuez avec PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une formation sanitaire (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Allez à PN6</p>		
<p>PN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).</p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de formation sanitaire dans MN18). COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ETES-VOUS RESTEE LA?</p> <p><i>Si moins d'un jour, enregistrez en heures.</i> <i>Si moins d'une semaine, enregistrez en jours.</i> <i>Sinon, enregistrez en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 __ __</p> <p>Jours..... 2 __ __</p> <p>Semaines 3 __ __</p> <p>NSP / Ne se souvient pas 998</p>	
<p>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE EFFECTUE SUR (nom) APRES SA NAISSANCE – PAR EXEMPLE, QUELQU'UN QUI EXAMINE (nom), QUI VERIFIE LE CORDON OU QUI S'ASSURE QUE (nom) VA BIEN.</p> <p>AVANT DE QUITTER L'ETABLISSEMENT (nom ou type de formation sanitaire dans MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE (nom)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>PN4. QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE SANTE SUR VOUS-MEME ? JE VEUX DIRE PAR LA, QUELQU'UN QUI EVALUE VOTRE ETAT DE SANTE, PAR EXEMPLE, QUI VOUS POSE DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU QUI VOUS EXAMINE.</p> <p>AVANT DE QUITTER L'ETABLISSEMENT (nom ou type de formation sanitaire dans MN18), EST-CE QU'UN VOUS A EXAMINEE?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS PARLER DE CE QUI S'EST PASSE APRES AVOIR QUITTE L'ETABLISSEMENT (nom ou type de formation sanitaire dans MN18).</p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A VERIFIE LA SANTE DE (nom) APRES AVOIR QUITTE L'ETABLISSEMENT (nom ou type de formation sanitaire dans MN18)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN16</p>
<p>PN6. Vérifiez MN17: Est-ce qu'un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire a assisté à l'accouchement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ Continuez avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement non assisté par un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire (A-G non entourés dans MN17) ⇒ Allez à PN10</p>		

<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (<i>la ou les personne(s) dans MN17</i>) VOUS A ASSISTEE LORS DE VOTRE ACCOUCHEMENT. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE EFFECTUES SUR (<i>nom</i>) APRES SA NAISSANCE, PAR EXEMPLE, QUE L'ON EXAMINE (<i>nom</i>), QUE L'ON VERIFIE LE CORDON OU QUE L'ON S'ASSURE QUE (<i>nom</i>) VA BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (<i>la ou les personne(s) dans MN17</i>) NE PARTE, EST-CE QUE (<i>la ou les personne(s) dans MN17</i>) A EXAMINE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN8. EST-CE QUE (<i>la ou les personne(s) dans MN17</i>) A VERIFIE VOTRE ETAT DE SANTE AVANT DE PARTIR?</p> <p>JE VEUX DIRE PAR LA, QUELQU'UN QUI EVALUE VOTRE ETAT DE SANTE, PAR EXEMPLE, QUI VOUS POSE DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU QUI VOUS EXAMINE.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN9. APRES LE DEPART DE (<i>la ou les personne(s) dans MN17</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A VERIFIE 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 EFFECTUE SUR (<i>nom</i>) APRES SA NAISSANCE – PAR EXEMPLE, QUELQU'UN QUI EXAMINE (<i>nom</i>), QUI VERIFIE LE CORDON OU QUI S'ASSURE QUE (<i>nom</i>) VA BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. EST-CE QU'UN TEL EXAMEN A EU LIEU JUSTE 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, A EU LIEU CET EXAMEN DE SANTE?</p> <p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT, A EU LIEU LE PREMIER EXAMEN DE SANTE?</p> <p><i>Si moins d'un jour, enregistrez en heures.</i> <i>Si moins d'une semaine, enregistrez en jours.</i> <i>Sinon, enregistrez en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 __ __</p> <p>Jours..... 2 __ __</p> <p>Semaines 3 __ __</p> <p>NSP / Ne se souvient pas 998</p>	
<p>PN13. QUI A EXAMINE (<i>nom</i>) A CE MOMENT-LA ?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>MédecinA</p> <p>Infirmière / Sage-femme.....B</p> <p>Assistant médical C</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parent(e) / Ami(e) H</p> <p>Autre (<i>précisez</i>)X</p> <p>PersonneY</p>	

<p>PN14. OU A EU LIEU CET EXAMEN?</p> <p><i>Insistez pour déterminer le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'hôpital, le centre de santé ou la clinique 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>Votre domicile..... 11</p> <p>Autre domicile..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Centre hospitalier 21</p> <p>Centre de santé de base..... 22</p> <p>Autre public (précisez) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Autre privé</p> <p>médical (précisez) 36</p> <p>Autre (précisez) 96</p>	
<p>PN15. Vérifiez MN18: Est-ce que l'enfant est né dans une formation sanitaire?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une formation sanitaire (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuez avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une formation sanitaire (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Allez à PN17</p>		
<p>PN16. APRES AVOIR QUITTE L'ETABLISSEMENT (nom ou type de formation sanitaire dans MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS A EXAMINEE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒PN24</p>
<p>PN17. Vérifiez MN17: Est-ce qu'un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire a assisté à l'accouchement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ Continuez avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement non assisté par un professionnel de santé, une accoucheuse traditionnelle ou un agent de santé communautaire (A-G non entourés dans MN17) ⇒ Allez à PN19</p>		
<p>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes dans MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS A EXAMINEE?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1⇒PN20</p> <p>2⇒PN24</p>
<p>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN VOUS A EXAMINEE ?</p> <p>JE VEUX DIRE PAR LA, QUELQU'UN QUI EVALUE VOTRE ETAT DE SANTE, PAR EXEMPLE, QUI VOUS POSE DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU QUI VOUS EXAMINE.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒PN24</p>
<p>PN20. EST-CE QU'UN TEL EXAMEN A EU LIEU JUSTE UNE FOIS, OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1</p> <p>Plus d'une fois 2</p>	<p>1⇒PN21A</p> <p>2⇒PN21B</p>
<p>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT, A EU LIEU CET EXAMEN DE SANTE?</p> <p>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT, A EU LIEU LE PREMIER EXAMEN DE SANTE?</p> <p><i>Si moins d'un jour, enregistrez en heures.</i></p> <p><i>Si moins d'une semaine, enregistrez en jours.</i></p> <p><i>Sinon, enregistrez en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 ____</p> <p>Jours..... 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP / Ne se souvient pas 998</p>	

<p>PN22. QUI VOUS A EXAMINE A CE MOMENT-LA ?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>MédecinA</p> <p>Infirmière / Sage-femme.....B</p> <p>Assistant médical C</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelleF</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parent(e) / Ami(e) H</p> <p>Autre (précisez)X</p>	
<p>PN23. OU A EU LIEU CET EXAMEN?</p> <p><i>Insistez pour déterminer le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'hôpital, le centre de santé ou la clinique 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>Votre domicile..... 11</p> <p>Autre domicile..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Centre hospitalier 21</p> <p>Centre de santé de base..... 22</p> <p>Autre public (précisez) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Autre privé</p> <p>médical (précisez)..... 36</p> <p>Autre (précisez) 96</p>	
<p>PN24. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI?</p> <p><i>Montrez modèles courants d'ampoule/comprimé/sirop</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	

IS1. Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9

L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans ?

☐ Oui. ⇒ Continuez avec IS2.

☐ Non. ⇒ Allez au Module suivant.

IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A MENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?

Insistez :

AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes.

Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses

Enfant incapable de boire ou de téterA
 État de l'enfant s'aggrave.....B
 Enfant devient fiévreux.....C
 Enfant respire rapidement.....D
 Enfant a des difficultés pour respirer.....E
 Enfant a du sang dans les sellesF
 Enfant boit difficilementG

Autre (précisez).....X

Autre (précisez).....Y

Autre (précisez).....Z

CONTRACEPTION		CP
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>Pas sûre ou NSP..... 8</p>	1⇒ Module suivant
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	2⇒CP4
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p><i>Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.</i></p>	<p>Stérilisation féminine A</p> <p>Stérilisation masculine B</p> <p>DIU C</p> <p>Injections D</p> <p>Implants..... E</p> <p>Pilules..... F</p> <p>Condom masculin G</p> <p>Condom féminin H</p> <p>Diaphragme..... I</p> <p>Mousse/gelée..... J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)..... K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme L</p> <p>Retrait..... M</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X</p>	MODULE SUIVANT
<p>CP4. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE QUELCONQUE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> <i>Oui, actuellement enceinte</i> ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Aller à UN5		
UN2. MAINTENANT JE VOUDRAI 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 VOUDRAI 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 /Ne Sait Pas 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ Continuer avec UN6		
UN6. MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d' (autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / Ne Sait Pas 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ____ Années 2 ____ Bientôt/Maintenant 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte . 994 Après le mariage 995 Autre 996 NSP 998	994⇒UN11
UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> <i>Oui, Actuellement enceinte</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Continuer avec UN9		

<p>UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10</p>		
<p>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇒ UN13</p> <p>8 ⇒ UN13</p>
<p>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A</p> <p>Ménopause B</p> <p>N'a jamais eu de règles C</p> <p>Hystérectomie (utérus enlevé) D</p> <p>Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès E</p> <p>Est en aménorrhée postpartum F</p> <p>Allaite G</p> <p>Trop âgée H</p> <p>Fataliste I</p> <p>Autre (spécifiez) X</p> <p>Ne sait pas Z</p>	
<p>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN13</p>		
<p>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ?</p>	<p>Jours 1 ____</p> <p>Semaines 2 ____</p> <p>Mois 3 ____</p> <p>Années 4 ____</p> <p>Ménopausée /</p> <p>A eu une hystérectomie 994</p> <p>Avant la dernière naissance 995</p> <p>N'a jamais eu de règles 996</p>	

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 :

[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?

Sort sans le lui dire 1 2 8

[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?

Néglige les enfants 1 2 8

[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?

Argumente 1 2 8

[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?

Refuse les rapports sexuels 1 2 8

[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?

Brûle la nourriture 1 2 8

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

COMPOTEMENT SEXUEL		SB
Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels 00 Age en années..... ____ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire 95	00⇒ Module suivant
SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui1 Non2 NSP / Ne se souvient pas.....8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours..... 1 ____ Il y a ... semaines 2 ____ Il y a ... mois 3 ____ Il y a ... ans 4 ____	4⇒SB15
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui1 Non2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari1 Partenaire cohabitant2 Petit ami3 Rencontre occasionnelle4 Autre (précisez)6	3⇒SB7 4⇒SB7 6⇒SB7
SB6. Vérifier MA1: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insistez :</i> ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel..... ____ NSP 98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui1 Non2	2⇒SB15
SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui1 Non2	

<p>SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insistez pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i></p> <p><i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Mari1 Partenaire cohabitant2 Petit ami3 Rencontre occasionnelle4</p> <p>Autre (précisez) 6</p>	<p>3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12</p>
<p>SB11. Vérifiez MA1 et MA7:</p> <p><input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été marié ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13</p> <p><input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12</p>		
<p>SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insistez :</i> ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p>	<p>Âge du partenaire sexuel..... _ _</p> <p>NSP 98</p>	
<p>SB13. MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	<p>2⇒SB15</p>
<p>SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Nombre de partenaires _ _</p>	
<p>SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.</i></p>	<p>Nombre de partenaires au cours de la vie..... _ _</p> <p>NSP 98</p>	
<p>SB16. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN RAPPORT SEXUEL AVEC QUELQU'UN POUR DES SERVICES OU POUR L'ARGENT ?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>SB17. QUAND AVEZ-VOUS EU POUR LA DERNIÈRE FOIS UN RAPPORT SEXUEL AVEC QUELQU'UN POUR DES SERVICES OU POUR L'ARGENT ?</p>	<p>Il y a ... jours..... 1 _ _</p> <p>Il y a ... semaines 2 _ _</p> <p>Il y a ... mois 3 _ _</p> <p>Il y a ... ans 4 _ _</p>	

VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.	Oui1 Non2	2 ⇒ HA29
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Non2 NSP8	
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 ?	Oui1 Non2 NSP8	
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui1 Non2 NSP8	
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 ?	Oui1 Non2 NSP8	
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui1 Non2 NSP8	
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non2 NSP8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non2 NSP8	
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui Non 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	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UN(E) ENSEIGNANT(E) A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'IL/ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'IL/ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISE(E) A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
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 ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
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 ?	Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	

HA13. Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> <i>Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Continuez avec HA14</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez à HA24.</i>																						
HA14. Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> <i>Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec HA15</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, pas de soins prénatals ⇒ Allez à HA24</i>																						
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE? [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA? [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA? VOUS A-T-ON: [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td>SIDA par la mère</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	SIDA par la mère	1	2	8	Choses à faire.....	1	2	8	Test de SIDA	1	2	8	Proposé un test.....	1	2	8	
	O	N	NSP																			
SIDA par la mère	1	2	8																			
Choses à faire.....	1	2	8																			
Test de SIDA	1	2	8																			
Proposé un test.....	1	2	8																			
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui1 Non2 NSP.....8	2⇒HA19 8⇒HA19																				
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non2 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. APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS DU TEST, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui1 Non2 NSP.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22																				
HA19. Vérifiez MN17: Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)? <input type="checkbox"/> <i>Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuez avec HA20</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Allez à HA24</i>																						
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui1 Non2	2⇒HA24																				
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non2																					

HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui1 Non2	1⇒HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	1⇒HA28 2⇒HA28 3⇒HA28
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non2	2⇒HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non2 NSP.....8	1⇒HA28 2⇒HA28 8⇒HA28
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non2	
HA28. MIS A PART LE SIDA, AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS QUI SE TRANSMETTENT PAR CONTACTSEXUEL ?	Oui1 Non2	1⇒HA30 2⇒HA30
HA29.AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS QUI SE TRANSMETTENT PAR CONTACT SEXUEL ?	Oui1 Non2	
HA30. Vérifiez SB1: A eu des rapports sexuels ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec HA31 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez au module suivant		
HA31. Vérifiez HA28 ou HA29: A entendu parler d'autres infections sexuellement transmissibles? <input type="checkbox"/> Oui (HA28=1 ou HA29=1)⇒ Continuez avec HA32 <input type="checkbox"/> Non (HA28=2 ou HA29=2)⇒Allez à HA33		
HA32. J'AIMERAIS MAINTENANT VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU UNE MALADIE QUE VOUS AVEZ CONTRACTEE PAR CONTACT SEXUEL ?	Oui1 Non2 NSP.....8	
HA33. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES FEMMES AIENT DES PERTES VAGINALES, ANORMALES ET MALODORANTES. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES PERTES VAGINALES ANORMALES ET MALODORANTES ?	Oui1 Non2 NSP.....8	
HA34. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES FEMMES AIENT UNE PLAIE OU UN ULCERE GENITAL. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU UNE PLAIE OU UN ULCERE GENITAL ?	Oui1 Non2 NSP.....8	

HA35. Vérifiez HA28 ou HA29: A entendu parler d'autres infections sexuellement transmissibles?

☐ Oui (HA28=1 ou HA29=1) ⇒ Continuez avec HA36

☐ Non (HA28=2 ou HA29=2) ⇒ Allez au module suivant

HA36. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ UNE INFECTION SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLE ?	Oui1 Non2	2⇒ Module suivant
HA37. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	
HA38. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non2 NSP.....8	

CONSUMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
TA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER LA CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME VOTRE PREMIERE CIGARETTE ENTIERE?	N'a jamais fumé une cigarette entière..... 00 Age ____	00⇒TA6
TA3. EST-CE QUE VOUS FUMEZ ACTUELLEMENT DES CIGARETTES?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6
TA4. DANS LES 24 DERNIERES HEURES, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉES ?	Nombre de cigarettes ____	
TA5. DURANT CE DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME LA CIGARETTE? <i>Si moins de 10 jours, enregistrez le nombre de jours. Si plus de 10 jours mais moins d'1 mois, encerclez "10". Si "tous les jours" ou "presque tous les jours", encerclez "30".</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Tous les jours / Presque tous les jours 30	
TA6. AVEZ-VOUS DEJA FUME DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, TELS QUE LE CIGARE, LA PIPE A EAU, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA7. DURANT CE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC?	Oui 1 Non 2	2⇒TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUIT DE TABAC AVEZ-VOUS CONSOMME PENDANT CE DERNIER MOIS? <i>Encerclez tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares A Pipe à eau B Cigarillos..... C Pipe D Autres (précisez) X	
TA9. DURANT CE DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC? <i>Si moins de 10 jours, enregistrez le nombre de jours. Si plus de 10 jours mais moins d'1 mois, encerclez "10". Si "tous les jours" ou "presque tous les jours", encerclez "30".</i>	Nombre de jours..... ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Tous les jours / Presque tous les jours 30	
TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE UN PRODUIT DE TABAC SANS FUMEE, TEL QUE LE TABAC A MACHER / CHIQUER, PRISER OU A DIPER ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒TA14
TA11. DURANT CE DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN PRODUIT DE TABAC SANS FUMEE?	Oui 1 Non 2	2 ⇒TA14

<p>TA12. QUEL TYPE DE PRODUIT DE TABAC SANS FUMEE AVEZ-VOUS UTILISE PENDANT CE DERNIER MOIS?</p> <p><i>Encerclez tout ce qui a été mentionné.</i></p>	<p>Tabac à mâcher/chiquer A Tabac à priser B Tabac à diper C Autre (<i>précisez</i>) X</p>	
<p>TA13. DURANT CE DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC SANS FUMEE?</p> <p><i>Si moins de 10 jours, enregistrez le nombre de jours. Si plus de 10 jours mais moins d'1 mois, encerclez "10". Si "tous les jours" ou "presque tous les jours", encerclez "30".</i></p>	<p>Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Tous les jours / Presque tous les jours 30</p>	
<p>TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>
<p>TA15. ON COMPTE COMME PORTION D'ALCOOL UNE CANNETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, OU UN SHOT DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU RHUM.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ CONSOMME UNE PORTION D'ALCOOL POUR LA PREMIERE FOIS, AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?</p>	<p>N'a jamais bu de portion d'alcool 00 Age ____ ____</p>	<p>00⇒ Module suivant</p>
<p>TA16. DURANT CE DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS CONSOMME DE L'ALCOOL?</p> <p><i>Si l'enquêtée n'a pas bu, notez "00". Si moins de 10 jours, enregistrez le nombre de jours. Si plus de 10 jours mais moins d'1 mois, encerclez "10". Si "tous les jours" ou "presque tous les jours", encerclez "30".</i></p>	<p>N'a pas bu d'alcool dans le dernier mois .. 00 Nombre de jours..... ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Tous les jours / Presque tous les jours 30</p>	<p>00⇒ Module suivant</p>
<p>TA17. DURANT CE DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE PORTIONS D'ALCOOL AVEZ-VOUS CONSOMME EN MOYENNE?</p>	<p>Nombre de portions..... ____ ____</p>	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
<p>LS2. JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES SUR LE BONHEUR ET LA SATISFACTION.</p> <p>TOUT D'ABORD, GLOBALEMENT, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, QUELQUE PEU HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, QUELQUE PEU MALHEUREUSE, OU TRES MALHEUREUSE?</p> <p>VOUS POUVEZ AUSSI REGARDER CES IMAGES POUR VOUS AIDER A CHOISIR VOTRE REPONSE.</p> <p><i>Montrez la partie 1 de la carte de réponse et expliquez ce que veut dire chaque symbole. Entourez le code réponse indiqué par l'enquêtée.</i></p>	<p>Très heureuse 1</p> <p>Quelque peu heureuse 2</p> <p>Ni heureuse ni malheureuse 3</p> <p>Quelque peu malheureuse..... 4</p> <p>Très malheureuse 5</p>	
<p>LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</p> <p>DANS CHAQUE CAS, NOUS AVONS CINQ POSSIBILITES DE REPONSE: DITES-MOI, POUR CHAQUE QUESTION, SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, QUELQUE PEU SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, QUELQUE PEU INSATISFAITE, TRES INSATISFAITE.</p> <p>ENCORE UNE FOIS, VOUS POUVEZ REGARDER CES IMAGES POUR VOUS AIDER A CHOISIR VOTRE REPONSE.</p> <p><i>Montrez la partie 2 de la carte de réponse et expliquez ce que veut dire chaque symbole. Entourez le code réponse indiqué par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13</i></p> <p>DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE VIE DE FAMILLE?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Quelque peu satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Quelque peu insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS4. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOS AMITIES?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Quelque peu satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Quelque peu insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS5. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE (2011-2012), ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE A UN CERTAIN MOMENT?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒LS7
<p>LS6. DANS QUELLE MESURE ETES -VOUS SATISFAITE DE VOTRE ECOLE ?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Quelque peu satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Quelque peu insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS7. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE EMPLOI ACTUEL?</p> <p><i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de travail, entourez "0" et continuez avec la question suivante. N'insistez pas sur comment elle se sent par rapport au fait qu'elle n'a pas d'emploi, sauf si elle vous le dise elle-même.</i></p>	<p>N'a pas d'emploi..... 0</p> <p>Très satisfaite 1</p> <p>Quelque peu satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Quelque peu insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite 5</p>	

LS8. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS9. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE L'ENDROIT OU VOUS HABITEZ ? <i>Si besoin, expliquez-lui que la question se réfère à l'environnement de vie, y compris le quartier et l'habitation.</i>	Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS10. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE LA FAÇON DONT LES PERSONNES AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT DE MANIERE GENERALE?	Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS11. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE APPARENCE?	Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS12. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE VIE, EN GENERAL ?	Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS13. DANS QUELLE MESURE ETES-VOUS SATISFAITE DE VOTRE REVENU ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, entourez "0" et continuez avec la question suivante. N'insistez pas sur comment elle se sent par rapport au fait qu'elle n'a pas de revenu, sauf si elle vous le dise elle-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Quelque peu satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Quelque peu insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS14. COMPARE A LA MEME PERIODE DE L'ANNEE DERNIERE, DIRIEZ-VOUS QUE VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME, OU S'EST EMPIREE, DE MANIERE GENERALE?	Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empirée 3	
LS15. DANS UN AN, PENSEZ-VOUS QUE VOTRE VIE SERA MEILLEURE, PLUS OU MOINS LA MEME, OU PIRE, DE MANIERE GENERALE?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3	

WM11. Enregistrez le temps.

Heure et minutes : ..

WM12. Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL9.

Est-ce que l'enquêtée est la mère ou la personne principale qui prend soin de l'enfant d'un enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

☐ Oui ⇒ Allez au QUESTIONNAIRE POUR ENFANT DE MOINS DE 5 ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.

☐ Non ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée et remerciez-la de sa collaboration.






Vérifiez la présence d'une autre femme éligible ou un enfant de moins de 5 ans dans ce ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice






Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

COTE 1

Très heureuse	Quelque peu heureuse	Ni heureuse, ni malheureuse	Quelque peu malheureuse	Très malheureuse
				

COTE 2

Très satisfaite	Quelque peu satisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Quelque peu insatisfaite	Très insatisfaite
				

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS				UF
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i>				
UF1. Numéro de grappe : _____		UF2. Numéro de ménage (HH2): _____		
UF3. Nom de l'enfant : Name_____		UF4. Numéro de ligne de l'enfant (HL1): _____		
UF5. Nom de la mère / gardienne : Name_____		UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne (HL9): _____		
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Name_____				
VISITE D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	
Date	____/____/____	____/____/____	____/____/____	
Résultat	_____	_____	_____	
Rendez-vous	Date	____/____/____		
	Heure	____:____:____		

UF8. Date finale de l'interview : ____/____/2012	Nombre total de visites : <input type="text"/>
UF9. Résultat final de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : <i>Les codes font référence à la mère/gardiennne.</i>	Rempli.....01 Pas à la maison02 Refusé03 Partiellement rempli.....04 Incapacité05 Autre (précisez) _____96

UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code) : Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____
--	--

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTAT. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE **(nom de l'enfant en UF3)**. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante:

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE **(NOM DE L'ENFANT EN UF3)**. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ *Oui, permission accordée* ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.
- ☐ *Non, permission non accordée* ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.

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

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, 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 __ __ __ __</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (nom) ?</p> <p><i>Insistez : QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i></p> <p><i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</i></p> <p><i>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 if incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues) __</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/COPIE D'ACTE DE NAISSANCE? <i>Si oui, demandez</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu..... 1 Oui, non vu..... 2 Non 3 NSP..... 8	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
BR2A. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒ BR3
BR2B. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	1⇒ Module Suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom) ?</p>	<p>Aucun 00</p> <p>Nombre de livres d'enfant 0 __</p> <p>Dix livres ou plus 10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison 1 2 8</p> <p>Jouets de magasin 1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8</p>	
<p>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.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p><i>Si 'jamais', 'inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'</i></p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure __</p>	
<p>EC4. Vérifiez AG14: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant</p>		
<p>EC5. (Nom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ EC7</p> <p>8 ⇒ EC7</p>
<p>EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?</p>	<p>Nombre d'heures __ __</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Si non, entourez 'Y'</i></p> <p><i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>nom</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<table><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>Passer du temps</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	Passer du temps	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																																	
Passer du temps	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 (<i>nom</i>) 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 (<i>nom</i>) 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 (<i>nom</i>) 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 (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>																																				
<p>EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>																																				

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 / APPORT ALIMENTAIRE		BF
BF1. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3
BF2A. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ALLAITE (nom) HIER, PENDANT LE JOUR ET LA NUIT ? <i>Insistez :</i> COMBIEN DE FOIS PENDANT LES HEURES DE LA JOURNEE ? COMBIEN DE FOIS ENTRE LE COUCHER ET LE LEVER DU SOLEIL ?	Nombre de fois..... __ __ A la demande 95	
BF3 JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. CECI INCLUT AUSSI LES LIQUIDES OU ALIMENTS QUE (nom) A CONSOMME EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF4. EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT SPECIAL POUR BEBE TEL QUE GALLIA, GUIGOZ, NURSIE... VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF6 8⇒BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois..... __ __	
BF6. EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF8 8⇒BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois..... __ __	
BF8. EST-CE QUE (nom) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF9. EST-CE QUE (nom) A BU DU « RANOM-BARY » HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF10. EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF11. EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

BF12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF15A 8⇒BF15A
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... ____	
BF15A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE TOUT TYPE DE MARQUE DE CEREALES ENRICHIES POUR BEBE, COMME FARILAC, KOB AINA HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT? <i>Demandez à voir la marque/l'emballage si disponible.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15B. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU PAIN, DU RIZ, DES PATES, DE LA BOUILLIE OU D'AUTRES ALIMENTS A BASE DE CEREALES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15C. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES CITROUILLES, CAROTTES, COURGES OU POMMES DE TERRE DOUCES QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15D. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES POMMES DE TERRE, IGNAME BLANCHES, MANIOC, AUTRES ALIMENTS PREPARES A BASE DE RACINES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15E. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES LEGUMES A FEUILLES VERTES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15F. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES MANGUES OU PAPAYES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15G. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>D'AUTRES FRUITS OU LEGUMES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15H. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU FOIE, REIN, CŒUR OU AUTRES ABATS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15I. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DE LA VIANDE COMME DU BOEUF, DU PORC, DE L'AGNEAU, DE LA CHEVRE, DU POULET OU DU CANARD</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15J. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES ŒUFS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15K. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES CRUSTACES</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

BF15L. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES ALIMENTS PREPARES A BASE DE HARICOTS, DE POIS, DE LENTILLES OU DE NOIX</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15M. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DU FROMAGE OU AUTRES PRODUITS LAITIERS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15N. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES HUILES, DES GRAISSES OU DU BEURRE, OU DES ALIMENTS PREPARES A PARTIR DE CES INGREDIENTS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15O. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE <u>DES VERS, DES INSECTES, OU DES ESCARGOTS</u> HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF15V. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE D'AUTRES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 (Précisez)..... Non 2 NSP 8	
BF15W. Vérifiez BF13 – BF15V: Aliments solides ou semi-solides <input type="checkbox"/> Pas un seul 'Oui' ⇒ Continuez avec BF16A <input type="checkbox"/> Au moins un 'Oui' ⇒ Allez à BF17A		
BF16A. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS: EST-CE CORRECTE DE DIRE QUE (<i>nom</i>) N'A MANGE AUCUN ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT? <i>Si 'Non', insistez: QUEL TYPE D'ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (EN BOUILLIE, PUREE) EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE ?</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒Module suivant 2⇒ Insistez et corrigez BF13-BF15W au besoin 8⇒Module suivant
BF17A. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI-SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois..... _ _	
BF18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7
CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE À (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? <i>Si moins, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS À MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A arrêté nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: <i>Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant.</i> [A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ SRO ? [B] UN LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ POUR LA DIARRHÉE ? [C] UN LIQUIDE MAISON, TEL QUE L'EAU DU COCO, L'EAU DU RIZ OU L'EAU DE LÉGUMES ?	<div>O N NSP</div> Liquide sachet SRO 1 2 8 Liquide SRO préconditionné 1 2 8 Liquide maison recommandé 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA7 8⇒CA7

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez 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>Zinc C</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 (précisez) X</p>	
<p>CA6A_CS.Vérifiez CA6: Réponse C?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec CA6B_CS</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à CA7</p>		
<p>CA6B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT AVEC LE ZINC ?</p>	<p>Jours _ _</p> <p>NSP 98</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⇒ CA13C</p> <p>8⇒ CA13C</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⇒ CA13C</p> <p>8⇒ CA13C</p>
<p>CA9. 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 (précisez) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C</p> <p>6⇒ CA13C</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 RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre hospitalier II A</p> <p>Centre hospitalier I B</p> <p>Centre de santé de base II C</p> <p>Centre de santé de base I D</p> <p>Clinique mobile/communautaire E</p> <p>Autre public (<i>précisez</i>) H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Centre de santé privé J</p> <p>Médecin privé K</p> <p>Pharmacie/dépôt de médicament L</p> <p>Clinique mobile M</p> <p>Autre médical privé (<i>précisez</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>Boutique/kiosque Q</p> <p>Praticien traditionnel R</p> <p>Agent communautaire S</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X</p>	
<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNÉ À (nom) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13C</p> <p>8⇒ CA13C</p>
<p>CA13. QUEL MÉDICAMENT A-T-ON DONNÉ À (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MÉDICAMENT ?</p> <p><i>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique</p> <p>Comprimé / Sirop A</p> <p>Injection B</p> <p>Antipaludéens M</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofène R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A_CS.Vérifiez CA13: Réponse à A ou B?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec CA13B_CS</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à CA13C</p>		
<p>CA13B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT AVEC L'ANTIBIOTIQUE?</p>	<p>Jours _ _</p> <p>NSP 98</p>	
<p>CA13C. EST-CE QUE (nom) A DÉJÀ ÉTÉ ADMIS AU CRENAS/CRENI ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA13E</p> <p>8⇒ CA13E</p>
<p>CA13D. EST-CE QUE (nom) EST TOUJOURS AU CRENAS/CRENI ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	

<p>CA13E. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PREND OU A DEJA PRIS DU PLUMPY NUT OU IMMUNUT ?</p> <p><i>Montrez la photo de l'emballage.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au module suivant</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines 01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole 03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides) 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p> <p>NSP 98</p>	

PALUDISME		ML
ML1. A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
ML2. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML4. EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML7 8⇒ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (Nom des médicaments)	Antipaludiques: SP / Fansidar A Chloroquine B Amodiaquine C Quinine D Combinaison avec Artémisinine E Autre antipaludique (précisez) H Antibiotiques Comprimés / Sirop I Injection J Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen..P Aspirine..... Q Ibuprofène R Autre (précisez) X NSP Z	
ML6A_CS.Vérifiez ML6: Antipaludiques mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec ML6B_CS <input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à ML7		
ML6B_CS. COMBIEN DE TEMPS DURE LE TRAITEMENT?	Jours NSP 98	
ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT OU APRES ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML9 2⇒ML10 8⇒ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10

<p>ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludiques: SP / FansidarA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison avec ArtémisinineE Autre antipaludique (précisez)H</p> <p>Antibiotiques Comprimés / SiropI InjectionJ</p> <p>Autres médicaments: Paracétamol/ Panadol/ Acétaminophen ..P AspirineQ IbuprofèneR</p> <p>Autre (précisez)X NSPZ</p>	
<p>ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludiques mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec ML11</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez au module suivant</p>		
<p>ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludique déclaré à ML6 ou ML9)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludiques ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludiques mentionnés</i></p>	<p>Même jour0 Jour suivant1 2 jours après début de la fièvre2 3 jours après début de la fièvre3 4 jours ou plus après début de la fièvre4</p> <p>NSP8</p>	

VACCINATIONS										IM
Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible										
IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?					Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carnet 3					1⇒IM3 2⇒IM6
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?					Oui 1 Non 2					1⇒IM6 2⇒IM6
IM3. (a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet. (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.					Date des vaccinations					
					Jour		Mois		Année	
BCG	BCG									
POLIO A LA NAISSANCE	VPO0									
POLIO 1	VPO 1									
POLIO 2	VPO 2									
POLIO 3	VPO 3									
DTCOQ1	DTCOQ1									
DTCOQ 2	DTCOQ2									
DTCOQ 3	DTCOQ3									
ROUGEOLE	VAR/ATR									
VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA									
DEPARASITAGE (DOSE LA PLUS RECENTE)										
IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Rougeole) sont enregistrées?										
<input type="checkbox"/> Oui ⇒Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non ⇒Continuez avec IM5										
IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtee mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus.					Oui 1 (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.) Non 2 NSP 8					2⇒IM18 8⇒IM18
IM6. EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?					Oui 1 Non 2 NSP 8					2⇒IM18 8⇒IM18

IM7. EST-CE QUE (<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’EPAULE 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 PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C’EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines..... 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois —	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoQ » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCoQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois —	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE - C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L’AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? <i>Montrez les types d’ampoules / capsule / sirops les plus communs</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18A. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

<p>M19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES OU A L'UNE DES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT SUIVANTES:</p> <p>[A] SSME Octobre 2011</p> <p>[B] SSME Avril 2011</p> <p>[C] SSME Octobre 2010/Campagne rougeole</p> <p>[D] SSME Avril 2010</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SSME OCTOBRE 2011.....1 2 8</p> <p>SSME AVRIL 2011.....1 2 8</p> <p>SSME OCTOBRE 2010.....1 2 8</p> <p>SSME AVRIL 2010.....1 2 8</p>	
--	---	--

UF13. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes__ __ : __ __	
----------------------------	-------------------------------------	--

UF14. Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?

☐ Oui ⇒ Allez au prochain **QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS** qui doit être administré à la même personne

☐ Non ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération

Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage.

Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur