

Annexe F. Questionnaires



QUESTIONNAIRE MENAGE

MICS URBAINE, DAKAR

République du Sénégal

Un peuple-Un but-Une foi

MINISTERE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN



PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE		HH
HH1. Numéro de Grappe: ___ ___ ___		HH2. Numéro du ménage: ___ ___
HH3. Nom et numéro de l'enquêteur: Nom _____		HH4. Nom et numéro du chef d'équipe: Nom _____
HH5. Jour / Mois /Année de l'enquête: ___ / ___ / 201___		HH7. DEPARTEMENT : DAKAR 1 PIKINE 2 RUFISQUE..... 3 GUEDIAWAYE 4
HH8. Ménage est sélectionné pour enquête Homme? Oui 1 Non 2		
<p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. NOUS MENONS UNE ENQUETE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler 04 à HH9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
<p>. Résultat de l'enquête ménage:</p> <p>Complété 01</p> <p>Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite 02</p> <p>Ménage entier absent pour une longue période 03</p> <p>Refus 04</p> <p>Logement vide/ l'adresse n'est pas un logement..... 05</p> <p>Logement détruit 06</p>		

Logement non trouvé	07
Autre (à <i>PRECISER</i>) _____	96

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

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

HH11. Nbre Total membres du ménage: ____ ____

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

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

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

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

HH13. Nbre de questionnaires Femme complétés:
 ____ ____

Si ménage sélectionné pour enquête homme:
HH13B. Nbre de questionnaires Homme complétés: ____

HH15. Nbre de questionnaires d'enfants moins de 5 ans complétés: ____ ____

HH16. Nom et numéro du chef d'équipe:
 Nom _____ Num _ _ _

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure _____

Minutes _____

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

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

HL

Ligne	Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	Femmes 15-49 Ans		Hommes 15-49 ans		Enfants 0-4 Ans		Enfants de 0-17ans							Enfants 0-14ans	
					HL7. Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49ans	HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	HL7B. Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13.	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom)HA BITE-T-ELLE? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL15.	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom)HA BITE-T-IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NE) PRINCIPALE DE (nom)?	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NE) PRINCIPALE DE (nom)?				
01				1 Masculin 2 Féminin	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?	15-49	15-49	0-4	HL11.	HL12.	HL12A.	HL13.	HL14.	HL14A.	HL15.		
02					98 NSP	Noter en années révolues. Si âge égal ou supérieur à 95, inscrire '95'	1 Oui 2 Non	01	01	01	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
03								02	02	02	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
04								03	03	03	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
05								04	04	04	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
06								05	05	05	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
07								06	06	06	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
08								07	07	07	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
09								08	08	08	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
10								09	09	09	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
11								10	10	10	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
12								11	11	11	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
13								12	12	12	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		
								13	13	13	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8	1 2 3 8		

Enfants 0-14ans		Enfants de 0-17ans								Enfants 0-4 Ans	Hommes 15-49 ans	Femmes 15-49 Ans						
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?	HL7. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	HL7B. Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE(nom) EST VIVANTE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13.	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom)HABITE-T-ELLE? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom)HABITE-T-IL? 1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander: QUI EST LE/LA GARDIEN(NE) PRINCIPALE DE (nom)?			
Ligne	Nom	Relation*	M	F	Mois	Année	Age	O	N	NSP	Mère	O	N	NSP	Père	Mère		
14			1	2				1	2	8		1	2	8		1	2	8
15			1	2				1	2	8		1	2	8		1	2	8

Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé

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

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

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

EDUCATION		ED									
		Pour les membres du ménage de 5-24ans									
		Pour les membres du ménage de 5 ans et plus									
		Pour les membres du ménage de 5-24ans									
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age	ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA ALLE(E) A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (NOM) A ATTEINT?	ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEEVEE A CE NIVEAU?	ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE EN COURS, C-A-D 2014-2015, (nom)EST-IL/ELLE ALLE A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE/ A L'ECOLE MATERNELLE	ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET CLASSE (nom)EST/ETAIT-IL/ELLE?	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, 2013-2014, (nom)EST-IL/ELLE ALLE(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT AL'ECOLE/ L'ECOLE MATERNELLE?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?			
		1 Oui 2 NON [⊘]	Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP	Voir codes Classe: 98 NSP <i>Si la lère classe du niveau n'est pas achevée, noter 00.</i>	1 Oui 2 Non [⊘]	Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, passer à ED7</i>	Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire 3 Supérieur 8 NSP <i>Si niveau=0, aller à ligne suivante.</i>	Voir codes Classe: 98 NSP			
Ligne	Nom	Age	Oui Non	Niveau	Classe	Oui Non	Niveau	Classe	Oui Non NSP	Niveau	Classe
01			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
02			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
03			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
04			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
05			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
06			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
07			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
08			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	
09			1 2	0 1 2 3 8		1 2	0 1 2 3 8		1 2 8	0 1 2 3 8	

EDUCATION		Pour les membres du ménage de 5 ans et plus				Pour les membres du ménage de 5-24ans				ED																																
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age A copier de HL2 et HL6	ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA ALLE(E) A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (NOM) A ATTEINT?	ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU?	ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE EN COURS, C-A-(nom)EST-IL/ELLE ALLE A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE MATERNELLE	ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE?	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, IL/ELLE?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?																																		
Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Niveau	Classe	Niveau	Classe																												
10			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8					
11			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8
12			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8
13			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8
14			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8
15			1	2	0	1	2	3	8	1	2	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8	0	1	2	3	8

<p>* Codes pour ED4B, ED6 et ED8 Classe</p>	<p>01 Cours d'initiation 02 Cours Préparatoire 03 Cours Elémentaire 1 04 Cours Elémentaire 2 05 Cours Moyen 1 06 Cours Moyen 2</p>	<p>01 Sixième 02 Cinquième 03 Quatrième 04 Troisième 05 Seconde 06 Première 07 Terminale</p>	<p>01 première année/DEUG I 02 Deuxième année/DEUG II 03 Troisième année/Licence 04 Quatrième année/Master I/Maîtrise 05 Cinquième année ou plus/ Master II/ DEA 98 NSP</p>
---	--	--	--

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

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

Nombre total _

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

Zéro ⇒ Aller au module *CARACTERISTIQUES DES MENAGES*.

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

Deux ou plus ⇒ Continuer avec SL2A.

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

SL3. Numéro de rang	SL4. Numéro de ligne de HL1	SL5. Nom de HL2	SL6. Sexe de HL4		SL7. Age de HL6
Rang	Ligne	Nom	M	F	Age
1	__		1	2	__
2	__		1	2	__
3	__		1	2	__
4	__		1	2	__
5	__		1	2	__
6	__		1	2	__
7	__		1	2	__
8	__		1	2	__

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

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

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

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

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

Numéro de rang _

Numéro de ligne _

Nom _____

Age _

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
<p>CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2</p>		
<p>CL2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE.</p> <p>DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT?</p> <p>[A] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR SON PROPRE TERRAIN/FERME/POTAGER OU AIDE SUR CELUI DU MENAGE OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RECOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMMENER AU PATURAGE OU LES TRAIRE?</p> <p>[B] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A AIDE DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLE DANS SA PROPRE ENTREPRISE ?</p> <p>[C] EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ?</p> <p>[D] DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE ENGAGE(E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE EN ECHANGE DE PAIEMENT EN ESPECES OU EN NATURE, MEME POUR UNE SEULE HEURE?</p> <p><i>Si "Non", Insister :</i></p> <p>SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (<i>nom</i>) A PU FAIRE COMME EMPLOYE REGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYE POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MENAGE OU A LA FERME.</p>	<p>O N</p> <p>A travaillé sur terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux 1 2</p> <p>A aidé dans entreprise familiale/d'un autre parent/dans sa propre affaire 1 2</p> <p>A produit/vendu des articles/de l'artisanat/des vêtements/nourriture ou des produits agricoles 1 2</p> <p>Toute autre activité 1 2</p>	
<p>CL3. Vérifier CL2, A à D</p> <p><input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4.</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8.</p>		
<p>CL4. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00'.</i></p>	<p>Nombre d'heures ____</p>	

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

<p>CL10. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A FAIT UNE DES TACHES SUIVANTES POUR LE MENAGE :</p> <p>[A] DES ACHATS POUR LE MENAGE?</p> <p>[B] REPARER N'IMPORTE QUEL EQUIPEMENT DU MENAGE?</p> <p>[C] CUISINER OU NETTOYER DES USTENSILES OU LA MAISON ?</p> <p>[D] LAVER LES VETEMENTS?</p> <p>[E] PRENDRE SOIN DES ENFANTS?</p> <p>[F] PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES OU MALADES ?</p> <p>[G] AUTRES TACHES POUR LE MENAGE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N</p> <p>Achats pour le ménage 1 2</p> <p>Réparations d'équipement 1 2</p> <p>Cuisiner /laver ustensiles/maison..... 1 2</p> <p>Laver les vêtements 1 2</p> <p>Prendre soin des enfants 1 2</p> <p>Prendre soins des âgés/des malades .. 1 2</p> <p>Autres taches.....1 2</p>	
<p>CL11. Vérifier CL10, A à G</p> <p><input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL12.</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller au Module suivant.</p>		
<p>CL12. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES A PEU PRES, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE DANS CETTE/CES ACTIVITE(S)?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00'.</i></p>	<p>Nombres d'heures ____</p>	

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

CARACTERISTIQUES DES MENAGES		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MENAGE ?	Islam1 Christianisme2 Autre religion (<i>préciser</i>) 6 Pas de religion.....7	
HC1C. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MENAGE APPARTIENT-IL ?	Wolof01 Pulaar02 Sérere.....03 Manding.....04 Diola05 Soninké.....06 Autre groupe ethnique (<i>préciser</i>).....96 Etranger97	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces__ __	
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable11 Matériau fini Parquet ou bois ciré.....31 Vinyle/asphalte32 Carrelage.....33 Ciment34 Moquette.....35 Autre (<i>préciser</i>)..... 96	
HC4. <i>Principal matériau du toit</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de toit.....11 Chaume/feuille de palmier12 Herbe13 Matériau rudimentaire Planches en bois23 Carton24 Matériau fini Tôle.....31 Bois.....32 Zinc / Fibre de ciment.....33 Tuiles/ardoise34 Ciment35 Autre (<i>préciser</i>) 96	

<p>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</p> <p><i>Enregistrer l'observation.</i></p>	<p>Matériau fini</p> <p>Ciment.....31</p> <p>Pierre avec chaux/ciment.....32</p> <p>Briques.....33</p> <p>Planches de bois/shingles.....36</p> <p>Ciment avec carreaux..... 37</p> <p>Ciment et marbre.....38</p> <p>Ciment avec bois..... ..39</p> <p>Autre (préciser)96</p>	
<p>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?</p>	<p>Électricité01</p> <p>Gaz propane liquéfié (GPL).....02</p> <p>Charbon de bois07</p> <p>Bois.....08</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage.....95</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>
<p>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?</p> <p><i>Si 'Dans la maison', insister:</i></p> <p>EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?</p>	<p>Dans la maison</p> <p>Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine..... 1</p> <p>Ailleurs dans la maison.....2</p> <p>Dans un bâtiment séparé3</p> <p>À l'extérieur.....4</p> <p>Autre (préciser) 6</p>	
<p>HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :</p> <p>[A] L'ELECTRICITE?</p> <p>[B] LA RADIO?</p> <p>[C] LA TELEVISION?</p> <p>[D] UN TELEPHONE FIXE ?</p> <p>[E] UN REFRIGERATEUR?</p> <p>[F] UN WIFI (INTERNET)?</p> <p>[G] UN VENTILATEUR ?</p> <p>[H] UN CLIMATISEUR ?</p> <p>[I] UNE MACHINE A LAYER ?</p> <p>[J] UN RECHAUD/CUISINIÈRE ?</p> <p>[K] UN FOYER AMÉLIORÉ ?</p> <p>[L] UNE MACHINE A COUDRE</p> <p>[M] UN LECTEUR DE CASSETTE/CD/DVD</p> <p>[N] UNE ARMOIRE</p> <p>[O] UN FER A REPASSER</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Electricité1 2</p> <p>Radio1 2</p> <p>Télévision1 2</p> <p>Téléphone fixe1 2</p> <p>Réfrigérateur.....1 2</p> <p>Wifi1 2</p> <p>Ventilateur1 2</p> <p>Climatiseur.....1 2</p> <p>Machine à laver1 2</p> <p>Réchaud/cuisinière1 2</p> <p>Foyer amélioré.....1 2</p> <p>Machine à coudre1 2</p> <p>Lecteur cassette/CD/DVD1 2</p> <p>Armoire1 2</p> <p>Fer à repasser1 2</p>	

<p>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</p> <p>[A] UNE MONTRE ?</p> <p>[K] UN SMARTPHONE ?</p> <p>[B] AUTRE TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>[C] UNE BICYCLETTE ?</p> <p>[D] UNE MOTO 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 PIROGUE ?</p> <p>[I] UN ORDINATEUR ?</p> <p>[J] UNE CLE INTERNET ?</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Montre 1 2</p> <p>Smartphone 1 2</p> <p>Téléphone mobile 1 2</p> <p>Bicyclette 1 2</p> <p>Moto / Scooter 1 2</p> <p>Charrette avec animal 1 2</p> <p>Voiture/Camion 1 2</p> <p>Bateau à moteur 1 2</p> <p>Pirogue 1 2</p> <p>Ordinateur 1 2</p> <p>Clé internet 1 2</p>	
<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", demander :</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", encercler "2".</i></p> <p><i>Pour les autres réponses encercler "6".</i></p>	<p>Propriétaire 1</p> <p>Location 2</p> <p style="text-align: right;">Autre (préciser) 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. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</p> <p><i>NB : Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i></p>	<p>Hectares _____</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. PARMIS LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE :</p> <p>[A] TÊTES DE BETAIL, VACHES LAITIÈRES, OU TAUREAUX ?</p> <p>[B] CHEVAUX, ÂNES OU MULES ?</p> <p>[C] CHEVRES ?</p>	<p>Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux _____</p> <p>Chevaux, ânes ou mules _____</p> <p>Chèvres _____</p>	

[D] MOUTONS ?	Moutons.....__ __	
[E] VOLAILLES ?	Volailles__ __	
[F] PORCS ?	Porcs__ __	
[G] CHAMEAUX ? <i>Si aucun, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Chameaux__ __	
HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?	Oui1 Non2	
HC16. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE DANS UNE INSTITUTION DE MICRO FINANCE ?	Oui1 Non2	

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE		TN
TN1. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires..... ____ ____	
TN3. Demander à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser UN OU DES QUESTIONNAIRES SUPPLEMENTAIRES.		

	1 ^{ERE} MOUSTIQUAIRE	2 ^{EME} MOUSTIQUAIRE	3 ^{EME} MOUSTIQUAIRE
TN4. Moustiquaire observée?	Observée.....1 Non observée.....2	Observée.....1 Non observée.....2	Observée.....1 Non observée.....2
TN5. Observer ou demander LA MARQUE/TYPE DE MOUSTIQUAIRE Si LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTRER A L'ENQUETE(E) DES PHOTOS DE MARQUES/TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRES.	Moustiquaire imprégnée de longue durée Net protect.....10 Permanet.....11 Olyset-net.....12 Dawa plus.....13 Iconlife.....14 Interceptor.....15 Autre (préciser) ____ 16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées k-onet.....21 Netto.....22 Sentinelle.....23 Autre (préciser) ____ 26 NSP marque.....28 Autre Confectionné par un tailleur.....31 Autre moustiquaire (préciser) ____ 36 NSP marque / type.....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Net protect.....10 Permanet.....11 Olyset-net.....12 Dawa plus.....13 Iconlife.....14 Interceptor.....15 Autre (préciser) ____ 16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées k-onet.....21 Netto.....22 Sentinelle.....23 Autre (préciser) ____ 26 NSP marque.....28 Autre Confectionné par un tailleur.....31 Autre moustiquaire (préciser) ____ 36 NSP marque / type.....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Net protect.....10 Permanet.....11 Olyset-net.....12 Dawa plus.....13 Iconlife.....14 Interceptor.....15 Autre (préciser) ____ 16 NSP marque.....18 Moustiquaires pré imprégnées k-onet.....21 Netto.....22 Sentinelle.....23 Autre (préciser) ____ 26 NSP marque.....28 Autre Confectionné par un tailleur.....31 Autre moustiquaire (préciser) ____ 36 NSP marque / type.....98
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE? Si moins d'un mois, enregistrer '00'	Mois..... ____ ____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... ____ ____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... ____ ____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98
TN7. Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Pré imprégnée (21-28) ⇒ TN9 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer
TN8. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8

MOUSTIQUES?			
TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11
TN10. IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'.</i>	Mois..... Plus de 24 mois95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24 mois95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24 mois95 NSP / Pas sûr.....98
TN11. EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13
TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? <i>Enregistrer le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage.</i> <i>Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrer '00'</i>	Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ...	Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ...	Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ... Nom..... Numéro de ligne ...
TN13.	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>Retourner à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant</i>
			<i>Cocher ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé <input type="checkbox"/></i>

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	2⇒Module suivant 8⇒Module suivant
	Non..... 2	
	NSP..... 8	
IR2. QUI A PULVERISE LE LOGEMENT? <i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Employé/Programme du gouvernement A	
	Société privée B	
	Organisation non gouvernementale..... C	
	Autre (préciser) _____ X	
	NSP Z	

EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
WS1. D'OU PROVIENT PRINCIPALEMENT L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet	
	Dans le logement 11	11⇒WS6
	Dans concession, cour ou parcelle 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin..... 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine..... 14	14⇒WS3
	Puits à pompe, Forage..... 21	21⇒WS3
	Puits creusé	
	Puits protégé..... 31	31⇒WS3
	Puits non protégé..... 32	32⇒WS3
	Eau de source	
	Source protégée..... 41	41⇒WS3
	Camion-citerne..... 61	61⇒WS3
	Charrette avec petite citerne / tonneau..... 71	71⇒WS3
Eau en bouteille(minérale) 91		
Autre (<i>préciser</i>) 96	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	11⇒WS6
	Dans quartier, cour ou parcelle 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin..... 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine..... 14	
	Puits à pompe, Forage..... 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé..... 31	
	Puits non protégé..... 32	
	Eau de source	
	Source protégée..... 41	
	Camion-citerne..... 61	
	Charrette avec petite citerne / tonneau..... 71	
Autre (<i>préciser</i>) 96		
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUEE ?	Dans logement 1	1⇒WS6
	Dans cour / parcelle 2	2⇒WS6
	Ailleurs 3	
WS4. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... _ _ _	
	NSP..... 998	

<p>WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?</p>	<p>Femme adulte (de 15 ans ou plus) 1 Homme adulte (de 15 ans ou plus)..... 2 Jeune fille (moins de 15 ans) 3 Jeune garçon (moins de 15 ans) 4</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒WS8 8⇒WS8</p>
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA ?</p> <p><i>Insister :</i> AUTRE CHOSE?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>La faire bouillir.....A Y ajouter de l'eau de Javel / chlore.....B La filtrer à travers un lingeC Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.)D Désinfection solaire.....E La laisser reposerF</p> <p>Autre (préciser) X NSP.....Z</p>	
<p>WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?</p> <p><i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ?</p> <p><i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i></p>	<p>Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau Connectée à système d'égouts..... 11 Connectée à fosse septique 12 Reliée à des latrines..... 13 Reliée à autre chose 14 Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où 15</p> <p>Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) 21 Latrines à fosses avec dalle..... 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23</p> <p>Pas de toilettes, nature 95</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>95⇒Module suivant</p>
<p>WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>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 ?</p>	<p>Autres ménages seulement (pas publiques)1 Toilettes publiques 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>WS11. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Nombre de ménages (si moins de 10).. 0 ___</p> <p>Dix ménages ou plus 10 NSP..... 98</p>	

LAVAGE DES MAINS		HW
<p>HW1. J'AIMERAIS SAVOIR QUELS SONT LES ENDROITS QUE LES MENAGES UTILISENT POUR SE LAVER LES MAINS.</p> <p>MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.</p>	<p>Observé 1</p> <p>Pas observé</p> <p>Pas dans le logement/terrain/jardin/cour 2</p> <p>Pas de permission de voir 3</p> <p>Bouilloire..... 4</p> <p>Autre (préciser) 6</p>	<p>2 ⇒ HW4</p> <p>3 ⇒ HW4</p> <p>4 ⇒ HW4</p> <p>6 ⇒ HW4</p>
<p>HW2. Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains</p> <p>Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.</p>	<p>Eau disponible 1</p> <p>Eau non disponible 2</p>	
<p>HW3A. Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?</p>	<p>Oui, il y en a 1</p> <p>Non, il n'y en a pas 2</p>	<p>2 ⇒ HW4</p>
<p>HW3B. Enregistrer l'observation.</p> <p>Encercler tout ce qui s'applique.</p>	<p>Barre de savon A</p> <p>Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B</p> <p>Savon liquide C</p> <p>Cendre / Boue / Sable D</p>	<p>A ⇒ HW5C</p> <p>B ⇒ HW5C</p> <p>C ⇒ HW5C</p> <p>D ⇒ HW5C</p>
<p>HW4. AVEZ-VOUS DU SAVON, DE LA LESSIVE OU DES CENDRES. BOUE/ SABLE DANS VOTRE MAISON POUR VOUS LAVER LES MAINS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2 ⇒ HW5C</p>
<p>HW5A. POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER?</p>	<p>Oui, montré 1</p> <p>Non, non montré 2</p>	<p>2 ⇒ HW5C</p>
<p>HW5B. Enregistrer l'observation.</p> <p>Encercler tout ce qui s'applique.</p>	<p>Barre de savon A</p> <p>Lessive (Poudre / Liquide / Pate) B</p> <p>Savon liquide C</p> <p>Cendre / Boue / Sable D</p>	
<p>HW5C. CONNAISSEZ-VOUS LES MOMENTS CRITIQUES DE LAVAGE DES MAINS ?</p> <p>ET ENCORE ?</p>	<p>Après la visite à un malade A</p> <p>Après un rassemblement B</p> <p>A la sortie des toilettes..... C</p> <p>Avant de manger D</p> <p>Avant de cuisiner E</p> <p>Après s'être mouché..... F</p> <p>Après avoir touché un animal domestique .G</p> <p>Après une corvée H</p> <p>Après avoir touché un objet souillé..... I</p>	

	Autres (<i>préciser</i>) _____ X NSP Z	
HW5D. AQUELS MOMENTS LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT-ILS LE PLUS SOUVENT LES MAINS ?	A la sortie des toilettes A Avant de manger B Avant de préparer les repas C Avant de s'occuper des enfants D Après avoir nettoyé les enfants E Autres (<i>préciser</i>) _____ X NSP Z	

TRANSFERT DE L' ARGENT		CT
<p>CT1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DU CASH TRANSFERTS C'EST-A-DIRE L'UTILISATION D'UNE STRUCTURE POUR RECEVOIR OU ENVOYER DE L'ARGENT.</p> <p>CT1A. CONNAISSEZ-VOUS AU MOINS UNE STRUCTURE/UN SERVICE OU L'ON PEUT ENVOYER ET/OU RECEVOIR DE L'ARGENT?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	2⇒HH19
<p>CT2. EST-CE QUE VOUS AVEZ DEJA OU UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE A DEJA UTILISE UNE STRUCTURE/ENDROIT DE TRANSFERTS D'ARGENT ?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2 NSP 8</p>	2⇒HH19 8⇒HH19
<p>CT3.A QUEL TYPE DE STRUCTURES RECOUREZ-VOUS LE PLUS SOUVENT POUR ENVOYER OU RECEVOIR DE L'ARGENT ?</p>	<p>Transferts bancaires 1 Transferts postaux 2 Sociétés spécialisées 3 Transferts informels 4</p> <p>Autres (préciser) 6</p>	
<p>CT4. SELON VOUS, QUELLES SONT LES RAISONS QUI JUSTIFIENT LE CHOIX DE CE TYPE DE TRANSFERT ?</p>	<p>Sécurité et fiabilité du système A Coûts faibles pour transfert B Proximité des points d'accès pour le récepteur C Large réseau dans la zone pour les expéditeurs D Rapidité d'exécution E</p> <p>Autre (préciser) X</p>	
<p>CT5. QUELLE A ETE LA FREQUENCE DE CES ENVOIS OU RECEPTIONS D'ARGENT AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Toutes les semaines 1 Tous les mois 2 Tous les trois mois 3 Tous les six mois 4 Une fois par an 5 Occasionnellement 6 Pas de transfert au cours des 12 derniers mois 7</p>	7⇒HH19
<p>CT6. QUEL ETAIT LE PRINCIPAL MOTIF DE LA PLUS RECENTE UTILISATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS DES STRUCTURES DE TRANSFERT D'ARGENT?</p>	<p>Envoyer de l'argent 1 Recevoir de l'argent 2 Payer des factures 3</p> <p>Autres (préciser) 6</p>	3⇒HH19 6⇒HH19
<p>CT7. VérifierCT6</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi d'argent ⇒Continuer avecCT8A</p> <p><input type="checkbox"/> Réception d'argent ⇒ Aller à CT8B</p>		
<p>CT8A. AVEZ-VOUS ENVOYE DES FONDS AU SENEGAL OU A L'EXTERIEUR ?</p> <p>CT8B. AVEZ-VOUS REÇU DES FONDS EN PROVENANCE DU SENEGAL OU DE L'INTERNATIONAL ?</p>	<p>Sénégal 1</p> <p>International 2</p>	
<p>CT8C. VérifierCT8A et CT8B</p> <p><input type="checkbox"/> CT8A (envoi d'argent) ⇒ Aller à CT9</p>		

☐ CT8B (réception d'argent) ⇒ Continuer avec CT8D		
CT8D. QUELLE EST L'ORIGINE DU CASH TRANSFERT ?	Programme étatique 1 Structure privé (ONG, entreprise) 2 Programme de lutte contre la pauvreté 3 Parents/amis 4 Autres (à préciser) 6	
CT9. DE COMBIEN ETAIT LE DERNIER MONTANT (ENVOYE / REÇU)?	Moins de 10000 1 10000 - moins 25000 2 25000 - moins 50000 3 50000 - moins 100000 4 100000-moins 150000 5 Plus de 150000 6	
CT10. QUELLE A ETE L'USAGE PRINCIPAL DES DERNIERS FONDS (ENVOYES / REÇUS)?	Dépenses quotidiennes 01 Frais médicaux 02 Grandes fêtes/mariages 03 Paiement de factures 04 Paiement de dettes 05 Frais de scolarité 06 Paiement loyer 07 Epargne 08 Investissement immobilier 09 Investissement commercial 10 Don 11 Autres <i>(préciser)</i> 96 NSP 98	

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

IODATION DU SEL		SI
<p>SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE <u>POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ?</u></p> <p><i>Une fois le sel testé, encrer le code qui correspond au résultat du test.</i></p>	<p>Pas iodé - 0 PPM 1 Plus de 0 PPM et moins de 15 PPM 2 15 PPM ou plus 3</p> <p>Pas de sel dans le ménage 4</p> <p>Sel non testé <i>(préciser raison)</i> 5</p>	

<p>HH20. Remercier le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifier la liste d'enregistrement des membres du ménage :</p> <p><input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME séparé a été préparé pour chaque femme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7)</p> <p>Vérifier HH8. Si le ménage a été sélectionné pour un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME</p> <p><input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME séparé a été préparé pour chaque homme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7A)</p> <p><input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT séparé a été préparé pour chaque enfant de moins de 5 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7B)</p> <p>Retourner à la page de couverture et vous assurez-vous que le résultat de l'enquête ménage (HH9), le nom et le numéro de ligne du répondant au questionnaire ménage (HH10) et le nombre de femmes éligibles (HH12), d'hommes éligibles (HH13A) et d'enfants de moins de 5 ans (HH14) sont enregistrés.</p> <p>Faire les arrangements nécessaires pour l'administration des questionnaires qui restent à faire dans ce Ménage.</p>
--

Observations de l'Enquêteur/trice

Observations du Chef d'équipe



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

MICS URBAINE, DAKAR

République du Sénégal

Un peuple-Un but-Une foi

.....

MINISTRE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN


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

<p><i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquête :</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. 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 25MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>	
MWM7. Résultat de l'enquête Homme	<p>Rempli.....01</p> <p>Pas à la maison02</p> <p>Refus.....03</p> <p>Partiellement rempli04</p> <p>Incapacité.....05</p> <p>Autre (préciser)96</p>

MWM8. Nom et numéro du chef d'équipe :

Nom _____

MWM10. Enregistrer l'heure.

Heure et minutes :

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

CODES MWB5

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
CLASSE	Cours d'initiation = 01	6 ^{ème} (sixième) = 01	1 ^{ère} année/DEUG I = 01
	Cours Préparatoire = 02	5 ^{ème} (cinquième) = 02	2 ^{ème} année/DEUG II = 02
	Cours Elémentaire 1 = 03	4 ^{ème} (quatrième) = 03	3 ^{ème} année/Licence = 03
	Cours Elémentaire 2 = 04	3 ^{ème} (troisième) = 04	4 ^{ème} année/Master I/Maitrise = 04
	Cours Moyen 1 = 05	2 nd e(second) = 05	5 ^{ème} année ou plus/Master II/DEA = 05
	Cours Moyen 2 = 06	1 ^{ère} (première) = 06	NSP = 98
		1 ^{re} (terminale) = 07	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MMT
MMT1. Vérifier MWB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MMT2. <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (MBW7 = 2,3 ou 4) ⇒ Continuer. avec MMT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (MBW7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MMT3.		
MMT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT3. VOUS ECOUTEZ LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT4. A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT5. Vérifier MWB2: Age du répondant ? <input type="checkbox"/> Age 15-24 ⇒ Continuer avec MMT6. <input type="checkbox"/> Age 25-49 ⇒ Aller au module suivant.		
MMT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MMT9
MMT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MMT9
MMT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MMT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MMT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quel que soit le lieu et avec n'importe quel appareil.</i>	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant
MT10A. OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DU DERNIER MOIS? AUTRE LIEU? <i>Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités.</i>	A domicile A Au lieu de travail B Au lieu d'études C Au domicile d'un autre particulier D Au cyber café/ Installation commerciale d'accès à Internet E N'a pas utilisé internet W Autre (préciser) X	
MMT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

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

<p>MCM11. JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (NOMBRE TOTAL DE MCM10) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui Vérifier ci-dessous :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒ Aller au module suivant</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Une naissance ou plus ⇒ Continuer avec MCM11A</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions MCM1-MCM10 et faire les corrections si nécessaire</i></p>		
<p>MCM11A. EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE ONT LA MEME MERE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1⇒MCM12</p>
<p>MCM11B. AU TOTAL, AVEC COMBIEN DE FEMMES AVEZ-VOUS EU DES ENFANTS ?</p>	<p>Nombre de femmes__ __</p>	
<p>MCM12. QUAND EST-CE QU'EST NE LE DERNIER ENFANT DES (<i>nombre total à MCM10</i>) ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE (MEME S'IL OU ELLE EST DECEDE(E)) ?</p> <p><i>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</i></p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>Mois __ __</p> <p>Année __ __ __ __</p>	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		MDV		
MDV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui	Non	NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[F] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente avec lui.....	1	2	8
[G] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	Ne respecte pas ses beaux-parents	1	2	8
[H] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	A des ami(es) juge(es) peu recommandables	1	2	8
[I] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?	Ne s'habille pas à la convenance du mari	1	2	8

MARIAGE/UNION		MMA
MMA1. ETES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, actuellement marié.....1 Oui, vit avec une femme.....2 Non, pas en union.....3	3⇒MMA5
MMA3. AVEZ-VOUS D'AUTRES EPOUSES OU VIVEZ-VOUS AVEC D'AUTRES FEMMES COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui (plus d'une femme)1 Non (seulement une femme)2	2⇒MMA7
MMA4. COMBIEN D'AUTRES EPOUSES / FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ETIEZ MARIE AVEZ-VOUS ?	Nombre __ __	⇒MMA8B
MMA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, a été marié1 Oui, a vécu avec une femme.....2 Non3	3 ⇒Module suivant
MMA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPARÉ ?	Veuf.....1 Divorcé.....2 Séparé3	
MMA7. AVEZ-VOUS ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UNE FEMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois1 Plus d'une fois2	1⇒MMA8A 2⇒MMA8B
MMA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Date du premier mariage Mois __ __ NSP mois..... 98	
MMA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE POUR <u>LA PREMIERE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR <u>LA PREMIERE FOIS</u> AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE	Année __ __ __ __ NSP année 9998	⇒ Module suivant
MMA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE (PREMIERE) EPOUSE/PARTENAIRE ?	Age en années..... __ __	

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

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

VIH/SIDA	MHA		
MHA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2		2⇒Module suivant
MHA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :			
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?		O N NSP	
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?		Au cours de la grossesse.....1 2 8	
[C] EN ALLAITANT ?		Pendant l'accouchement.....1 2 8	
		En allaitant.....1 2 8	
MHA8A. Vérifier MHA8. [A], [B] et [C]			
<input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9			
<input type="checkbox"/> Au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec HA8B			
MHA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8		
MHA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr / Ça dépend.....8		
MHA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr / Ça dépend.....8		

MHA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA PEUVENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend 8	
MHA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒MHA27
MHA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	
MHA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
MHA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
MTA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui1 Non2	2⇒MTA6
MTA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière00 Age _____	00⇒MTA6
MTA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui1 Non2	2⇒MTA6
MTA4. AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes _____	
MTA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour.....30	
MTA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui1 Non2	2⇒MTA10
MTA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui1 Non2	2⇒MTA10
MTA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares A Chicha..... B Cigarillos..... C Pipe..... D Autre (à préciser) X	
MTA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour.....30	

MTA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER?	Oui1 Non2	2 ⇒MTA14
MTA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui1 Non2	2 ⇒MTA14
MTA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encerlez tout ce qui est mentionné.</i>	Tabac à chiquer A A priser B Autre (<i>préciser</i>) X	
MTA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	Nombre de jours0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois10 Chaque jour/Presque chaque jour.....30	
MTA14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui1 Non2	2⇒Module suivant
MTA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY, RHUM, SOUMSOM OU SUNG. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool00 Age ____ ____	00⇒ Module suivant
MTA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois.....00 Nombre de jours0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois10 Chaque jour/Presque chaque jour.....30	00⇒ Module suivant
MTA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ____ ____	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
<p>MLS1. Vérifier WMB2: Age du répondant entre 15 et 24 ?</p> <p><input type="checkbox"/> Age 25- 49 ⇒ Aller à MWM11.</p> <p><input type="checkbox"/> Age 15-à 24 ⇒ Continuer avec MLS2.</p>		
<p>MLS2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</p> <p>PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRES MALHEUREUX ?</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête.</i></p>	<p>Très heureux 1</p> <p>Assez heureux..... 2</p> <p>Ni heureux ni malheureux 3</p> <p>Assez malheureux..... 4</p> <p>Très malheureux 5</p>	
<p>MLS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</p> <p>POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAIT, ASSEZ SATISFAIT, NI SATISFAIT NI INSATISFAIT, ASSEZ INSATISFAIT OU TRES INSATISFAIT.</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquête pour les questions MLS3 à MLS13.</i></p> <p>QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE 2014/2015, ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2 ⇒ MLS7
<p>MLS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	

<p>MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?</p>	<p>N'a pas de travail..... 0</p> <p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ?</p> <p><i>Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.</i></p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</p> <p><i>Si l'enquêté répond qu'il n'a pas de revenu, encercler le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment il se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'il ne le dise de lui-même.</i></p>	<p>N'a pas de revenu 0</p> <p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait..... 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?</p>	<p>Améliorée 1</p> <p>Plus ou moins la même 2</p> <p>Empiré 3</p>	
<p>MLS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?</p>	<p>Meilleure 1</p> <p>Plus ou moins la même 2</p> <p>Pire 3</p>	

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

MWM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HLB7 et HL15.

Est-ce que le répondant est le gardien d'un enfant de 0-4 ans qui vit dans ce ménage ?

- Oui ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture et puis aller au **QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS** pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquêté.
- Non ⇒ Terminer l'interview avec cet enquêté en le remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire homme (MWM) sur la page de couverture.

Observations de l'enquêteur

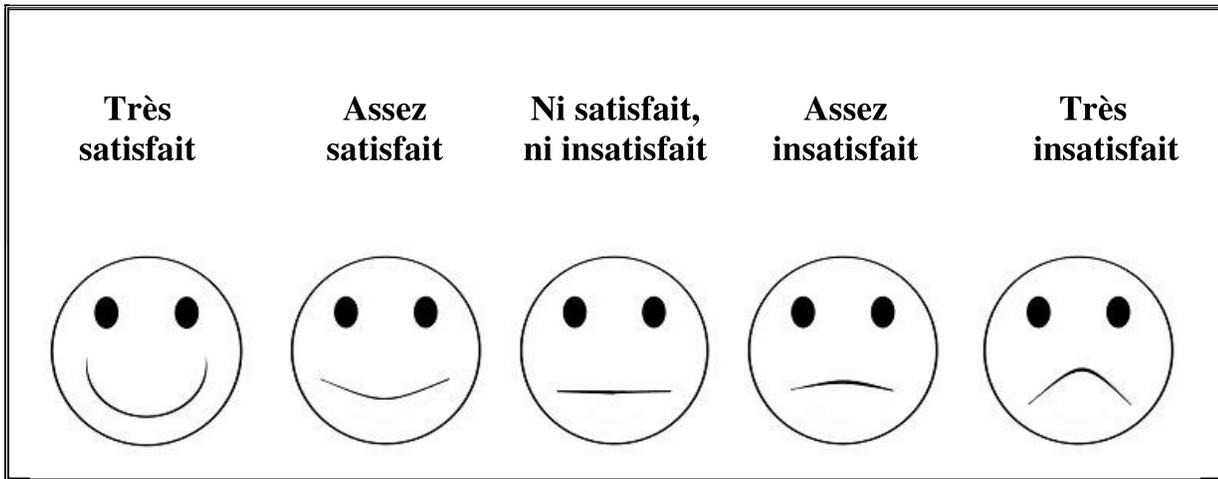
Observations du Chef d'équipe

CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE

Carte Coté 1

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

Carte Coté 2





QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

MICS URBAINE, DAKAR

République du Sénégal

Un peuple-Un but-Une foi

.....
MINISTRE DE L'ECONOMIE, DES FINANCES ET DU PLAN



PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.</i></p>		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme: _____	
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2015 ____	
<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtee:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS.</p> <p>L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>		
WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli 01 Pas à la maison 02	

	Refusé..... 03 Partiellement rempli 04 Incapacité..... 05 Autre (<i>préciser</i>) _____ 96
WM8. chef d'équipe (Nom et numéro): Nom _____	

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

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois..... 98 Année NSP année 9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes.</i>	Âge (en années révolues)	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle..... 0 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur..... 3	0⇒WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrire "00".</i>	Année/classe	

WB6. Vérifier WB4:

Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant

Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7.

WB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.

Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée.
Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :

POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?

Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée 4 (préciser langue) Aveugle/problème de vue 5	
---	--

CODES WB5

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
CLASSE	Cours d'initiation = 01	6 ^{ème} (sixième) = 01	1 ^{ère} année/DEUG I = 01
	Cours Préparatoire = 02	5 ^{ème} (cinquième) = 02	2 ^{ème} année/DEUG II = 02
	Cours Elémentaire 1 = 03	4 ^{ème} (quatrième) = 03	3 ^{ème} année/Licence = 03
	Cours Elémentaire 2 = 04	3 ^{ème} (troisième) = 04	4 ^{ème} année/Master I/Maitrise = 04
	Cours Moyen 1 = 05	2 ^{nde} (seconde) = 05	5 ^{ème} année ou plus/Master II/DEA = 05
	Cours Moyen 2 = 06	1 ^{ère} (première) = 06	NSP = 98
		T ^{le} (terminale) = 07	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
MT1. Vérifier WB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3		
MT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT4. A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante ? <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Passer au module suivant		
MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ Module suivant

<p>MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET?</p> <p><i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>MT10A. OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DU DERNIER MOIS?</p> <p>AUTRE LIEU?</p> <p><i>Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités.</i></p>	<p>A domicile..... A</p> <p>Au lieu de travail B</p> <p>Au lieu d'études..... C</p> <p>Au domicile d'un autre particulier D</p> <p>Au cyber café/ Installation commerciale d'accès à Internet..... E</p> <p>N'a pas utilisé internet..... W</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</p>	<p>Presque chaque jour 1</p> <p>Au moins une fois par semaine 2</p> <p>Moins d'une fois par semaine 3</p> <p>Pas du tout 4</p>	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
<p>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 ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	2⇒CM8
<p>CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	2⇒CM6
<p>CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils à la maison __ __</p> <p>Filles à la maison __ __</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	2⇒CM8
<p>CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils ailleurs __ __</p> <p>Filles ailleurs __ __</p>	
<p>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 ?</p> <p><i>Si "Non" Insister et demander :</i></p> <p>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 ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	2⇒CM10
<p>CM9. COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils décédés __ __</p> <p>Filles décédées __ __</p>	

CM10. <i>Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.</i>	Somme..... _ _ _	
<p>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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Vérifier ci-dessous :</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i></p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer avec soit le module HISTORIQUE DES NAISSANCES, soit le module SYMPTÔMES DES MALADIES.</i></p>		

HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

MAINTENANT, JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE.
Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?		BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HLL)	BH9. Si <u>décédé</u> _QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE(nom de la naissance précédente)ET(nom),Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
			G	F	Mois	Année	O	N		No de ligne	Unité		Nombre	O	N	
01		1 Simple 2 Multiple	1	2			1	2			1	2	Jours1 Mois2 Années.....3			
02		1 2	1	2			1	2			1	2	Jours1 Mois2 Années.....3	Ajouter Naissance Suivante.		
03		1 2	1	2			1	2			1	2	Jours1 Mois2 Années.....3	Ajouter Naissance Suivante.		
04		1 2	1	2			1	2			1	2	Jours1 Mois2	Ajouter Naissance		

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?		BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?		BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>		BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?		BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>		BH9. <i>Si décédé: QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>		BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE(nom de la naissance précédente)ET(nom),Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non	
	Q	A	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N		
														⇒BH10	Années.....3		Naissance Suivante.			
05		1	2	1	2			1	2	⇒		1	2	— — — — — ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	— — — — —	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
06		1	2	1	2			1	2	⇒		1	2	— — — — — ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	— — — — —	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	
07		1	2	1	2			1	2	⇒		1	2	— — — — — ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	— — — — —	1	2	Ajouter Naissance Suivante.	

BH NO. DE LIG NE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?		BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?		BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>		BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?		BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>		BH9. <i>Si décédé: QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>		BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non	
	Ligne	Nom	S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N		
08		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années.....3	—	1	2			
09		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années.....3	—	1	2			
10		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années.....3	—	1	2			
11		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2 Années.....3	—	1	2			
12		1	2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours1 Mois2	—	1	2			

BH	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>	BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé: QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non		
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne ⇒BH10	Unité	Nombre	O N
13		1 2	1 2	— — — — —	— — — — —	1 2 ⇒ BH9	— — — — —	1 2	— — — — — ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	— — — — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
14		1 2	1 2	— — — — —	— — — — —	1 2 ⇒ BH9	— — — — —	1 2	— — — — — ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	— — — — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante
BH11. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)?												
Oui.....											1	1 ⇒ Enregistrer dans l'historique
Non.....											2	

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

Les nombres sont les mêmes ⇒ Continuer avec CM13

Les nombres sont différents ⇒ Insister et corriger

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (Mois de l'entretien) en **2013** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2013**, considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 2 dernières années).

Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇒ Aller au module *SYMPTOMES DES MALADIES*.

Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇒ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Nom de l'enfant _____

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

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

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<p>MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	2⇒MN5
<p>MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>MédecinA</p> <p>Infirmière/sage-femmeB</p> <p>Assistante Infirmière..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>MatroneE</p> <p>Accoucheuse traditionnelleF</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....X</p>	
<p>MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i></p>	<p>Semaines 1 ___</p> <p>Mois..... 2 0 ___</p> <p>NSP 998</p>	
<p>MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i></p>	<p>Nombre de fois ___</p> <p>NSP 98</p>	
<p>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?</p>	<p>Oui Non</p> <p>Tension..... 1 2</p> <p>Échantillon d'urine 1 2</p>	

[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Prélèvement sanguin1	2	
MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?	Oui (carnet vu)1 Oui (carnet non vu)2 Non.....3		
PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?	NSP8		
<i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i>			
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 NSP8		2⇒MN9 8⇒MN9
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?	Nombre de fois..... NSP8		8⇒MN9
<i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>			
MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?			
<input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒Aller à MN12			
<input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. ⇒Continuer avec MN9			
MN9. EST-CE QU'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 ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8		2⇒MN12 8⇒MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?	Nombre de fois..... NSP8		8⇒MN12
<i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>			
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE	Il y a année.....		

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

<p>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>MédecinA Infirmière / Sage-femme.....B Assistante Infirmière..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>MatroneE Accoucheuse traditionnelleF Parent(e) / Ami(e) H</p> <p style="text-align: right;">Autre (préciser) X</p> <p>PersonneY</p>	
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital21 Clinique / Centre de santé.....22 Poste de santé. 23 Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé31 Clinique privée32 Maternité privée33 Autre privé médical (préciser) 36 Autre (préciser) 96</p>	<p>11⇒MN20 12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</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 Non..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</p>	<p>Avant 1</p>	

<p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE?</p>	<p>Après 2</p>	
<p>MN20. QUAND (<i>nom</i>) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros 1 Plus gros que la moyenne..... 2 Moyen..... 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5 NSP 8</p>	
<p>MN21. (<i>nom</i>) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒MN23 8⇒MN23</p>

<p>MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i></p>	<p>Du carnet de santé.....1 (kg) __ , __ __ __</p> <p>De mémoire.....2 (kg) __ , __ __ __</p> <p>NSP.....99998</p>	
<p>MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</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 (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i></p> <p><i>Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement..... 000</p> <p>Heures..... 1 __ __</p> <p>Jours..... 2 __ __</p> <p>NSP/ Ne se rappelle pas..... 998</p>	
<p>MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>
<p>MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel)A</p> <p>EauB</p> <p>Eau sucrée/eau glucosée..... C</p> <p>Calmant pour coliques D</p> <p>Solution eau salée/sucrée.....E</p> <p>Jus de fruit.....F</p> <p>Préparation pour bébé G</p> <p>Thé / Infusions..... H</p> <p>Miel..... I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>).....X</p>	

EXAMENS DE SANTE POST-NATALS		PN
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 ici _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<p>PN1. Vérifier MN18: L'enfant est-il né dans une structure de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2</p> <p><input type="checkbox"/> Non, L'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6</p>		
<p>PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).</p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i></p> <p><i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i></p> <p><i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas..... 998</p>	
<p>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (nom), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	

<p>PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE <u>VOTRE</u> SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT.</p> <p>A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MNI8</i>)?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	
<p>PN5. MAINTENANT, JE VDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MNI8</i>).</p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MNI8</i>)?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN16</p>
<p>PN6. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou matrone a assisté l'accouchement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou matrone (MN17=A-F) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni matrone (A-F pas encadrés à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	

<p>PN8. ET EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?</p> <p>PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	
<p>PN9. APRES LE DEPART DE (<i>la ou les personnes à MN17</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒PN11 2⇒PN18</p>
<p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p>PN11. CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1 Plus d'une fois 2</p>	<p>1⇒PN12A 2⇒PN12B</p>
<p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 ____</p> <p>Jours 2 ____</p> <p>Semaines 3 ____</p> <p>NSP/ne se rappelle pas..... 998</p>	

<p>PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) A CE MOMENT-LA?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>MédecinA</p> <p>Infirmière/Sage-femme.....B</p> <p>Assistante Infirmière.....D</p> <p>Autre personne</p> <p>MatroneE</p> <p>Accoucheuse traditionnelleF</p> <p>Parent/AmiH</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)</p>	
<p>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(<i>Nom du lieu</i>)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé..... 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p style="text-align: right;">Autre public (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé..... 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p style="text-align: right;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36 Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans un centre de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MN18=11, 12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>		
<p>PN16. APRES AVOIR QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE</u> SANTE?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN20</p> <p>2 ⇒</p> <p style="text-align: center;">Module suivant</p>

<p>PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou matrone a assisté l'accouchement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-F) ⇒ Continuer avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-F pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19</p>		
<p>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE</u> SANTE?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN20</p> <p>2 ⇒ Module suivant</p>
<p>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE?</p> <p>JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2 ⇒ Module suivant</p>
<p>PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1</p> <p>Plus d'une fois 2</p>	<p>1 ⇒ PN21A</p> <p>2 ⇒ PN21B</p>
<p>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures.</i></p> <p><i>Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours.</i></p> <p><i>Autrement, Noter en semaines.</i></p>	<p>Heures..... 1 __ __</p> <p>Jours 2 __ __</p> <p>Semaines 3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas..... 998</p>	

<p>PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>MédecinA</p> <p>Infirmière/Sage-femme.....B</p> <p>Assistant InfirmièreD</p> <p>Autre personne</p> <p>Matrone.....E</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Parent/AmiH</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____.....X</p>	
<p>PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée..... 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>)_____ 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	

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

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>	<p>1 ⇨ CP2A</p>
	<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>
<p>CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISER UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ⇨ Module suivant</p> <p>2 ⇨ Module suivant</p>
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</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>préciser</i>) X</p>	

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

	Bientôt/Maintenant 993	
	Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte . 994	994⇒UN11
	Après le mariage 995	
	Autre 996	
	NSP..... 998	

UN8. Vérifier CPI. Actuellement enceinte ?

Oui, Actuellement enceinte⇒ Aller à UN13

Non, pas sure ou NSP ⇒ 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 fréquentsA</p> <p>MénopauseB</p> <p>N'a jamais eu de règlesC</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 postpartumF</p> <p>AllaiteG</p> <p>Trop âgée.....H</p> <p>Fataliste.....I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ X</p> <p>NSP.....Z</p>	
<p>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?</p> <p><input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13</p>		
<p>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ?</p> <p><i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée.</i></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>	

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2⇒module suivant
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister :</i> LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE ? <i>Si l'enquêtee NSP, insister pour avoir une estimation.</i>	Age à l'excision.....__ __ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre98	
FG8. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Assistant Infirmière 13 Autre professionnel de la santé (<i>préciser</i>) 16 Traditionnel	

FG14. EST-CE QUE (NOM) A MOINS DE 15 ANS ?	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
FG15. EST-CE QUE (nom) EST EXCISEE ?	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui.....1 Non.....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
FG16. QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i>	Age NSP98	Age NSP98	Age NSP98	Age NSP98
FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT-LA : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui.....1 ⇒FG19 Non.....2 NSP8	Oui.....1 ⇒FG19 Non.....2 NSP8	Oui.....1 ⇒FG19 Non.....2 NSP8	Oui.....1 ⇒FG19 Non.....2 NSP8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	Oui.....1 Non.....2 NSP8	Oui.....1 Non.....2 NSP8	Oui.....1 Non.....2 NSP8

<p>FG19. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?</p> <p><i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i></p>	<p>Oui..... 1 Non.....2 NSP8</p>	<p>Oui..... 1 Non.....2 NSP8</p>	<p>Oui..... 1 Non.....2 NSP8</p>	<p>Oui..... 1 Non.....2 NSP8</p>
<p>FG20. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?</p>	<p>Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme 12 Assistant infirmière ... 13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle ...21 Accoucheuse Traditionnelle ..22 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98</p>	<p>Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme 12 Assistant infirmière ... 13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ .26 NSP98</p>	<p>Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme 12 Assistant Infirmière ... 13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98</p>	<p>Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme 12 Assistant Infirmière ... 13 Autre professionnel santé (préciser) _____ _____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle .21 Accoucheuse Traditionnelle .22 Autre traditionnelle (préciser) _____ _____ 26 NSP98</p>
<p>FG21.</p>	<p><i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i></p>	<p><i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i></p>	<p><i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i></p>	<p><i>Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i></p>

Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé

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

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Néglige les enfants	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Dispute avec lui.....	1	2	8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Argumente	1	2	8
[F] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI	Ne respecte pas ses beaux-parents	1	2	8
[G] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	A des ami(es) juge(es) peu recommandables	1	2	8
[H] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	Ne s'habille pas à la convenance du mari	1	2	8
[I] SI ELLE NE S'HABILLE PAS ALA CONVENANCE DU MARI ?				

MARIAGE/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>Insister:</i> QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age 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	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Date du (premier) mariage Mois ____ NSP Mois 98 Année..... ____ ____ NSP Année 9998	⇒ Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age en années..... ____	

COMPORTEMENT SEXUEL		SB
<i>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes en privé avec l'enquêtée.</i>		
<p>SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE.</p> <p>LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?</p>	<p>N'a jamais eu de rapports sexuels 00</p> <p>Age en années..... ____</p> <p>1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire 95</p>	00⇒Module suivant
<p>SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP / Ne se souvient pas..... 8</p>	
<p>SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, de semaines ou de mois si moins de 12 mois (1 an). Si 12 mois ou plus (1 an), la réponse doit être enregistrée en années.</i></p>	<p>Il y a ... jours..... 1 ____</p> <p>Il y a ... semaines 2 ____</p> <p>Il y a ... mois 3 ____</p> <p>Il y a ...ans 4 ____</p>	4⇒SB15
<p>SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse se réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i></p>	<p>Mari 1</p> <p>Partenaire cohabitant 2</p> <p>Petit ami 3</p> <p>Rencontre occasionnelle 4</p> <p style="text-align: right;">Autre (préciser) 6</p>	<p>3⇒SB7</p> <p>4⇒SB7</p> <p>6⇒SB7</p>

<p><i>Si 'petit ami', demander:</i> VVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>		
<p>SB6. Vérifier MAI :</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MAI = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pas mariée / Pas en union (MAI = 3) ⇒ Continuer avec SB7</i></p>		
<p>SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?</p>	<p>Âge du partenaire sexuel..... _ _ _ _</p> <p>NSP 98</p>	

<p>SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒SB15</p>
<p>SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	
<p>SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse se réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i></p> <p><i>Si 'petit ami', demander:</i></p> <p>VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS?</p> <p><i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Mari 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (<i>préciser</i>) 6</p>	<p>3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12</p>
<p>SB11. Vérifier MA1 et MA7:</p> <p><input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13</p> <p><input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12</p>		
<p>SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Si NSP, insister :</i></p> <p>QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?</p>	<p>Age 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>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒SB15</p>
<p>SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES 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 DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?</p> <p><i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i></p> <p><i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i></p>	<p>Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __</p> <p>NSP..... 98</p>	
--	---	--

VIH/SIDA	HA														
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant													
HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8														
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au cours de la grossesse</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>Pendant l'accouchement</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	Au cours de la grossesse	1	2	8	Pendant l'accouchement	1	2	8		
	Oui	Non	NSP												
Au cours de la grossesse	1	2	8												
Pendant l'accouchement	1	2	8												

[C] EN ALLAITANT ?	En allaitant..... 1 2 8	
<p>HA8A. Vérifier HA8. [A], [B] et [C]</p> <p><input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec HA8B</p>		
<p>HA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP</p> <p>8</p>	

<p>HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?</p>	<p>Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8</p>	
<p>HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ?</p>	<p>Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8</p>	
<p>HA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA PEUVENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA?</p>	<p>Oui1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8</p>	
<p>HA13. Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?</p> <p><input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇒ Aller à HA24</p> <p><input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14</p>		
<p>HA14. Vérifier MNI: A reçu des soins prénatals ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec HA15</p> <p><input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24</p>		
<p>HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom),</p> <p>AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR:</p> <p>[A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SIDA par la mère1 2 8</p>	

<p>[B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?</p> <p>[C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?</p> <p>VOUS A-T-ON:</p> <p>[D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?</p>	<p>Choses à faire1 2 8</p> <p>Test de SIDA1 2 8</p> <p>Proposé un test1 2 8</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2⇒HA19</p> <p>8⇒HA19</p>
<p>HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2⇒HA22</p> <p>8⇒HA22</p>
<p>HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.</p> <p>APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>1⇒HA22</p> <p>2⇒HA22</p> <p>8⇒HA22</p>
<p>HA19. Vérifier MN17 : <i>Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒Continuer avec HA20</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24</i></p>		
<p>HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	<p>2⇒HA24</p>

HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui 1 Non 2	1⇒HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus..... 3	1⇒Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
TA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui 1 Non 2	2⇒TA6

<p>TA2. QUEL AGE AVEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?</p>	<p>Jamais fumé une cigarette entière 00 Age ____</p>	<p>00⇒TA6</p>
<p>TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒TA6</p>
<p>TA4. AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?</p>	<p>Nombre de cigarettes ____</p>	
<p>TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES?</p> <p><i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encrer "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encrer "30"</i></p>	<p>Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30</p>	
<p>TA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒TA10</p>
<p>TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒TA10</p>
<p>TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?</p> <p><i>Encrer tout ce qui a été mentionné.</i></p>	<p>Cigares A Chicha B Cigarillos C Pipe D Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?</p>	<p>Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10</p>	

<p><i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois,</i> <i>encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour",</i> <i>encercler "30"</i></p>	<p>Chaque jour/Presque chaque jour30</p>	
--	--	--

<p>TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2 ⇨ TA14</p>
<p>TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2 ⇨ TA14</p>
<p>TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i></p>	<p>Tabac à chiquer A A priser B Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i></p>	<p>Nombre de jours 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30</p>	
<p>TA14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇨Module suivant</p>
<p>TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY, RHUM, SOUMSOUM OU SUNG. QUEL AGE AVEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?</p>	<p>Jamais bu d'alcool 00 Age ____</p>	<p>00⇨ Module suivant</p>
<p>TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE</p>	<p>N'a pas bu au cours du dernier mois 00</p>	<p>00⇨ Module</p>

<p>D'ALCOOL?</p> <p><i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i></p> <p><i>Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i></p> <p><i>Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i></p> <p><i>Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i></p>	<p>Nombre de jours0 ____</p> <p>10 jours ou plus mais moins d'un mois10</p> <p>Chaque jour/Presque chaque jour30</p>	<p>suisant</p>
<p>TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?</p>	<p>Nombre de doses ____</p>	

SATISFACTION DE LA VIE	LS
<p>LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?</p> <p><input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ⇒ Aller à WM11</p> <p><input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2</p>	

<p>LS2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</p> <p>PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ?</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i></p>	<p>Très heureuse 1</p> <p>Assez heureuse..... 2</p> <p>Ni heureuse ni malheureuse 3</p> <p>Assez malheureuse 4</p> <p>Très malheureuse 5</p>	
<p>LS3. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</p> <p>POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE.</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i></p> <p>QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Assez satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Assez insatisfaite..... 4</p> <p>Très insatisfaite 5</p>	

LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite..... 4 Très insatisfaite 5	
LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE, 2014-2015, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒LS7
LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite..... 4 Très insatisfaite 5	
LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail..... 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite..... 4 Très insatisfaite 5	
LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite..... 4 Très insatisfaite 5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite..... 4 Très insatisfaite 5	

<p>LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?</p>	<p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</p>	<p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</p>	<p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</p> <p><i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i></p>	<p>N'a pas de revenu 0</p> <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5</p>	
<p>LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?</p>	<p>Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré 3</p>	
<p>LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?</p>	<p>Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3</p>	

WM11. <i>Enregistrer l'heure.</i>	Heure et minutes__ : __	
--	-------------------------------	--

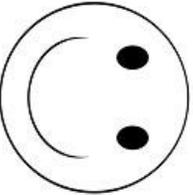
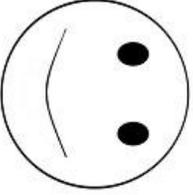
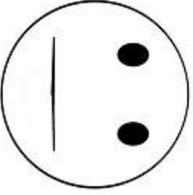
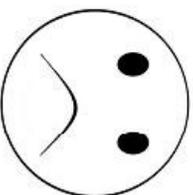
<p>WM12. <i>Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.</i></p> <p>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 ans vivant dans le ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page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

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

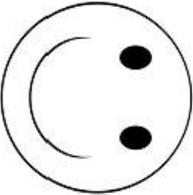
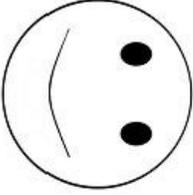
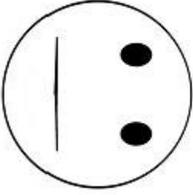
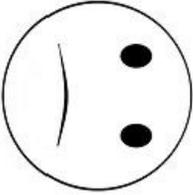
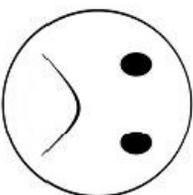
Observations du chef d'équipe

CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :

COTE 1

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

COTE 2

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



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

MICS URBAINE, DAKAR

République du Sénégal

Un peuple-Un but-Une foi

MINISTRE DE L'ECONOMIE DES FINANCES ET DU PLAN



PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardien (ienne)s (voir liste des membres du ménage, colonne HI15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (ils) (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.		
UF1. Numéro de grappe : _____	UF2. Numéro de ménage : _____	
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _____	
UF5. Nom de la mère / gardien (ienne) : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardien (ienne) : _____	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2015__	
<p><i>Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:</i></p> <p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'AGENCE NATIONALE DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (<i>nom de l'enfant en UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (<i>nom de l'enfant en UF3</i>). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	

ANONYMES.	
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇒ <i>Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇒ <i>Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</i></p>	

<p>UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :</p> <p>Les codes font référence à la mère/gardien(ne).</p>	<p>Rempli.....01</p> <p>Pas à la maison02</p> <p>Refusé03</p> <p>Partiellement rempli.....04</p> <p>Incapacité05</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)96</p>
<p>UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et numéro) :</p> <p>Nom _____</p>	

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

AGE	AG	
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (nom).</p> <p>QUEL JOUR, QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; sinon, encercler 98 pour jour.</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour__</p> <p>NSP Jour98</p> <p>Mois__</p> <p>Année20__</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</p> <p>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues)__</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. <i>(Nom)</i> A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander :</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1	1⇒Module Suivant
	Oui, non vu 2	2⇒Module Suivant
	Non 3	
	NSP 8	
BR2. LA NAISSANCE DE <i>(nom)</i> A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE AUPRES DE L'AUTORITE CIVILE (CHEF DE QUARTIER/CHEF DE VILLAGE OU OFFICIER DE L'ETAT CIVIL) ?	Oui 1	1⇒ Module Suivant
	Non 2	
	NSP 8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE <i>(nom)</i> ?	Oui 1	
	Non 2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Aucun00 Nombre de livres d'enfant 0 ___ Dix livres ou plus 10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. 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 BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</p>	<p>Jouets fabriqués 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 (<i>nom</i>) 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</p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ___</p>	

<p>C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'.</p>	<p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure..... _</p>	
<p>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>		
<p>EC5. (Nom) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i></p> <p>QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F]NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>)?</p>	<p>Pers-son- Mère Père Autre ne</p> <p>Lire des livres A B X Y</p> <p>Raconter des histoires A B X Y</p> <p>Chanter des chansons A B X Y</p> <p>Promener A B X Y</p> <p>Jouer A B X Y</p> <p>Nommer/Compter A B X Y</p>	
<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>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	
<p>EC9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	

	NSP8	
EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?	Oui1 Non2 NSP8	
EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?	Oui1 Non2 NSP8	
EC12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC14. QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui1 Non2 NSP8	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui1 Non2 NSP8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2 <input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES		
BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 ⇒ BD4 8 ⇒ BD4
BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD5. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD6. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX OU N'IMPORTE QUEL MEDICAMENT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BD7. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:		O N NSP
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	1 2 8

[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS ?	Jus ou boissons à base de jus	1 2 8
[C] BOUILLON CLAIR / SOUPE CLAIRE (SOUPÉDIEUNE, SOUPEVAPP, BOUILLON DE LEGUMES) ?	Bouillon	1 2 8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUVRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1 2 8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu	—
[E] UNE PREPARATION DE LAIT MATERINISE POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Lait maternisé pour bébé	1 2 8
<i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION DE LAIT MATERINISE POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé	—
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser _____</i>	Autres liquides	1 2 8

BD8. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE

(nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR

SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS.

SVP, INCLURE AUSSI TOUTS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.

EST-CE QUE (nom) A MANGE (Nom de l'aliment)HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :

C N NSP

[A] YAOURT ?

Yaourt 1 2 8

Si Oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE QUE (nom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.

Nombre de fois a mangé/bu yaourt —

[B] N'IMPORTE QUELLE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BABYLAC, BLEDINE ETC ?

Cerelac 1 2 8

[C] DU PAIN, RIZ, PATES, BOULLIE, TAKRY, LAX, FONDE OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?

Aliments faits à base de grains ? 1 2 8

[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE, QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?

Courge, carottes, citrouille, etc. 1 2 8

[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES ?	P. de terres, ignames, manioc etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE (COMME LES EPINARDS, LES FEUILLES DE BISSAP, LES FEUILLES DE PATATE DOUCE, LES FEUILLES DE MANIOC, LES FEUILLES DE NEBEDAY) ?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES, JUJUBE SOUMPOU ?	Mangues mûres	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER ?	Poisson frais ou séché	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES, ARACHIDES OU AUTRES NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT LAITIER ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNE ? <i>Préciser</i> _____	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8
BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O")				
<input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11				
<input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec BD10				
BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous, hier pendant le jour ou la nuit ? <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant				
<input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇒ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11				
BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ? <i>Si 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.</i>	Nombre de fois.....	_____		
	NSP.....	8		

VACCINATIONS**IM**

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

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTRÉES? (Si Oui) PUIS-JE LE/LA VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?	Oui, vu 1 Oui, non vu 2 Pas de carte 3	1 ⇒ IM3 2 ⇒ IM6
IM2. AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ IM6 2 ⇒ IM6

IM3. (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la carte montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.	Date de la vaccination						
	Jour		Mois		Année		
BCG BCG							
POLIO A LA NAISSANCE VPO0							
POLIO 1 VPO1							
POLIO 2 VPO2							
POLIO 3 VPO3							
DTC-HEP-HIB PENTA1							
DTC-HEP-HIB PENTA2							
DTC-HEP-HIB PENTA3							
PNEUMOCOQUE PNEUMO 1							
PNEUMOCOQUE PNEUMO 2							
PNEUMOCOQUE PNEUMO 3							
ROTAVIRUS ROTA 1							
ROTAVIRUS ROTA 2							
ROUGEOLE-RUBEOLE (RR) RR1							
ROUGEOLE-RUBEOLE (RR) RR2							
FIEVRE JAUNE FJ							
VITAMINE A (DES SIX MOIS) VITA1							
VITAMINE A (DEUXIEME DOSE) VITA2							

IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à fièvre jaune) sont enregistrés ?

Oui ⇒ Aller à IM19

Non ⇒ Continuer avec IM5

IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CETTE CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?

Oui ⇒ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19

Non/NSP ⇒ Aller à IM19

IM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM19 8⇒IM19
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L’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 LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM11A 8⇒IM11A
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM11A. EST-CE QUE (<i>NOM</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN PENTA» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA DIPHTERIE, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, L’HEPATITE B, ET L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM12A 8⇒IM12A
IM11B. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A REÇU « LE VACCIN PENTA» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE GAUCHE POUR LUI EVITER DE contracter LA DIPHTERIE, LE TETANOS, LA COQUELUCHE, L’HEPATITE B, ET L’HAEMOPHILUS INFLUENZAE TYPE B ?	Nombre de fois __	
IM12A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU « LE VACCIN PNEUMO» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE (INFECTION PNEUMOCOQUE) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM12C 8⇒IM12C
IM12B. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A REÇU « LE VACCIN PNEUMO» – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE DROITE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER	Nombre de fois __	

LA PNEUMONIE (INFECTION PNEUMOCOQUE) ?		
IM12C. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UN VACCIN CONTENU DANS UN FLACON A BOIRE EN UNE SEULE PRISE POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA DIARRHEE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM12D. COMBIEN DE FOIS(<i>nom</i>) A REÇU LE VACCIN CONTRE LA DIARRHEE ?	Nombre de fois	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE/RUBEOLE (OU RR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16A. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE/RUBEOLE A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L'AGE DE 9MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	

<p>IM19. Dites-moi, s'il vous plaît, si (<i>non</i>) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de Vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes:</p> <p>[A]Mai 2013 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO</p> <p>[B] Octobre 2013 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO</p> <p>[C] Novembre 2013 campagne préventive contre la rougeole, ROR</p> <p>[D] Janvier 2014 campagne de supplémentation en vitamine A et de déparasitage, VITA et MENDENDAZOL</p> <p>[E] Juin 2014 campagne de supplémentation en vitamine A et déparasitage, VITA et ALDENDAZOL</p> <p>[F] Octobre- Novembre 2014 campagne préventive contre la poliomyélite, VPO</p>	<p>O N NSP</p> <p>Mai 2013/Polio/VPO 1 2 8</p> <p>Octobre 2013/Polio/VPO 1 2 8</p> <p>Novembre 2013/rougeole/ROR..... 1 2 8</p> <p>Janvier 2014/vit A et déparasitage/VITA/MENDEN 1 2 8</p> <p>Juin 2014/vit A et déparasitage/VITA/MENDEN 1 2 8</p> <p>Octobre-novembre 2014/Polio/VPO.. 1 2 8</p>	
--	---	--

TRAITEMENT DES MALADIES		
<p>CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA6A 8⇒CA6A</p>
<p>CA2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNEE A (<i>nom</i>) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 Rien à boire 5 NSP 8</p>	
<p>CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGE ? <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8</p>	
<p>CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA4 8⇒CA4</p>
<p>CA3B. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ? <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p>	<p>Secteur public Hôpital A Centre de santé B Poste de santé C Agent de santé communautaire D Service d'urgence mobile publique F</p>	

<p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Autre médical publique (<i>préciser</i>)H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Médecin privé.....J</p> <p>Pharmacie privée K</p> <p>Service d'urgence mobile privé..... M</p> <p>Autre médical prive (<i>préciser</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>BoutiqueQ</p> <p>Praticien traditionnelR</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	
---	--	--

<p>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Liquide sachet SRO 1 2 8</p> <p>Liquide SRO pré conditionné 1 2 8</p>	
<p>CA4A. Vérifier CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ ALLER A CA4C</p>		
<p>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Nom de l'endroit)</i></p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Service d'urgence mobile privé 25</p> <p style="padding-left: 40px;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA</p>		

DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :	O N NSP
[A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?	Comprimés de Zinc 1 2 8
[B] DU SIROP DE ZINC ?	Sirop de Zinc 1 2 8
CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?	
<input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E	
<input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F	

<p>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre de santé..... 12</p> <p>Poste de santé 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé..... 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Service d'urgence mobile privé 25</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) 31</p> <p>Boutique 32</p> <p>Praticien traditionnel 33</p> <p>En avait déjà à la maison 40</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
<p>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>[A] UN LITRE D'EAU MELANGE A UNE CUILLERE A CAFE DE SEL ET QUATRE MORCEAUX DE SUCRE</p> <p>[B] EAU DE RIZ LEGERE (NDOKHOUSOMBI)</p> <p>[C] JUS DE PAIN DE SINGE LEGER</p>	<p>O N NSP</p> <p>Eau salée- sucrée 1 2 8</p> <p>Eau de riz légère..... 1 2 8</p> <p>Jus de pain de singe léger 1 2 8</p>	

<p>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA6A 8⇒CA6A</p>
<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop AntibiotiqueA Anti motilité.....B Autre (pas antibiotique, anti motilité ou zinc).....G Comprimé ou sirop inconnuH</p> <p>Injection AntibiotiqueL Non-antibiotiqueM Injection inconnueN</p> <p>IntraveineuseO</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales.....Q</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)X</p>	
<p>CA6A. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA7 8⇒CA7</p>
<p>CA6B. À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA7 8⇒CA7</p>
<p>CA6C. EST-CE QUE LE TEST A CONCLU QUE VOTRE ENFANT SOUFFRAIT DU PALUDISME ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	
<p>CA7. EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA9A 8⇒CA9A</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA</p>	<p>Oui..... 1</p>	

<p>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>Non..... 2 2⇒CA10</p> <p>NSP 8 8⇒CA10</p>	
<p>CA9. LA RESPIRATION RAPIDES OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement 1 1⇒CA10</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement 2 2⇒CA10</p> <p>Les deux..... 3 3⇒CA10</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)6 6⇒CA10</p> <p>NSP 8 8⇒CA10</p>	
<p>CA9A. Vérifier CA6A :A eu de la fièvre</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2 2⇒CA12</p> <p>NSP 8 8⇒CA12</p>	
<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.</p> <p>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>HôpitalA</p> <p>Centre de santé.....B</p> <p>Poste de santéC</p> <p>Agent de santé communautaireD</p> <p>idem</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>)H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Médecin privé..... J</p> <p>Pharmacie privéeK</p> <p>Service d'urgence mobile privé M</p> <p>Autre médical prive (<i>préciser</i>) O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e)P</p> <p>Boutique Q</p>	

	Praticien traditionnelR	
	Autre (<i>préciser</i>) X	
CA12. A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNÉ A (<i>nom</i>) UN MÉDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui:..... 1 Non..... 2 NSP 8	2⇒CA14 8⇒CA14

<p>CA13. QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens :</p> <p>SP / Fansidar A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodia quine..... C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine E</p> <p>Autre antipaludéen (préciser) H</p> <p>Antibiotiques:</p> <p>Comprimés / Sirop I</p> <p>Injection J</p> <p>Autres médicaments :</p> <p>Paracétamol/ Panadol /Acetaminophen . P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofène R</p> <p>Autre (préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		
<p>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?</p> <p>Insister pour identifier le type d’endroit.</p> <p>Si ce n’est pas possible de déterminer si l’endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l’endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l’endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 11</p> <p>Centre de santé 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire..... 14</p> <p>Service d’urgence mobile publique..... 17</p> <p>Autre médical publique (préciser)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie privée 23</p> <p>Service d’urgence mobile privé 25</p>	

	<p style="text-align: right;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p style="padding-left: 20px;">Parent (e)/ Ami (e)31</p> <p style="padding-left: 20px;">Boutique32</p> <p style="padding-left: 20px;">Praticien traditionnel33</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
--	--	--

CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?

Oui. ⇨ Continuer avec CA13D

Non. ⇨ Aller à CA14

<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU LE (<i>nom du médicament de CA13</i>)?</p> <p>Insister pour identifier le type d'endroit.</p> <p>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital..... 11</p> <p>Centre de santé..... 12</p> <p>Poste de santé..... 13</p> <p>Agent de santé communautaire 14</p> <p>Service d'urgence mobile publique 17</p> <p>Autre médical publique (<i>préciser</i>)..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé21</p> <p>Médecin privé22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Service d'urgence mobile privé25</p> <p style="padding-left: 40px;">Autre médical privé (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre source</p> <p style="padding-left: 20px;">Parent (e)/ Ami (e)31</p> <p style="padding-left: 20px;">Boutique32</p> <p style="padding-left: 20px;">Praticien traditionnel33</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>préciser</i>)96</p>	
CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A	Même jour0	

<p>COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	<p>Jour suivant 1</p> <p>2 jours après début de la fièvre 2</p> <p>3 jours après début de la fièvre 3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) 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>Lissé à l'air libre 06</p> <p style="text-align: right;">Autre (préciser) 96</p> <p>NSP 98</p>	

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

<p>UF14. VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, COLONNES HL7B ET H15</p> <p>EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage</i></p> <p><i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i></p>

ANTHROPOMÉTRIE

AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.

Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur: en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

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

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

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

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du chef d'équipe

Observations du Mesureur

Pour tous les renseignements concernant la MICS Urbaine Dakar 2015-2016, contacter :

L'Agence Nationale de la Statistique
et de la Démographie du Sénégal
(ANSD)

Rocade Fann Bel-Air Cerf-Volant

Tel : (+221) 33 869 21 40

Fax : (+221) 33 824 36 15

E-mail : statsenegal@ansd.sn

Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF)

Route des Almadies, Immeuble Madjiguene

Derrière Hôtel King Fahd Palace

BP 29720 Dakar - Sénégal

Tel : (+221) 33 831 02 00

Web : www.unicef.org

Khoudia Wade à l'ANSD khoudia.wade@ansd.sn et Mouhamadou Fall à l'UNICEF mofall@unicef.org



