

CADRE D'INFORMATION SUR LE MÉNAGE		HH
HH1. Nom et Numéro de grappe Nom _____	HH2. Numéro de ménage : _____	
HH3. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	HH4. Nom et code du contrôleur : Nom _____	
HH5. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ / _____ / _____		
HH6. Milieu : Urbain 1 Rural 2	HH7. Province : KINSHASA 01 BAS CONGO 02 BANDUNDU 03 EQUATEUR 04 PROVINCE ORIENTALE 05 NORD KIVU 06 MANIEMA 07 SUD KIVU 08 KATANGA 09 KASAI ORIENTAL 10 KASAI OCCIDENTAL 11	
HH7A. Nom et code du pool : Nom _____		
HH7B. Résidence KINSHASA 1 CHEF LIEU DE PROVINCE 2 AUTRE VILLE 3 CITÉ 4 RURAL 5		

NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS REÇUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DU CADRE DU PROJET. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE. P

UIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

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

Non, permission non accordée Complétez HH9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

Après avoir rempli tous les questionnaires pour le ménage, complétez les informations suivantes:	
HH8. Nom du chef de ménage : _____	
HH9. Résultat de l'interview du ménage : Rempli 1 Pas à la maison 2 Refusé 3 Logement non trouvé/détruit 4 Autre (précisez) 6	HH10. Enquêté(e) pour le questionnaire ménage : Nom: _____ Numéro de ligne: _____
	HH11. Nombre total de membres du ménage: _____
HH12. Nombre de femmes de 15-49 ans : _____	HH13. Nombre de questionnaires Femmes remplis : _____
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : _____	HH15. Nombre de questionnaires pour les moins de 5 ans remplis : _____
HH16. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	HH17. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____

HH18.
Enregistrez l'heure:

Heure _____

Minutes _____

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE

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

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

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

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

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE ?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?		HL6. QUEL AGE A (nom)? Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE E ?	HL7. Enregistrez le numéro de la ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	Pour les femmes de 15-49 ans	Pour les enfants de 5-17 ans	Pour les enfants de moins de 5 ans	Pour tous les membres du ménage	Pour les enfants âgés de 0-17 ans			
				98 NSP mois	9998 NSP année							HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Age	15-49	Mère	Mère	Mère	Mère	O N NSP	Mère	O N NSP	Père
01		0 1	1 2	---	---	---	01	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
02		---	1 2	---	---	---	02	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
03		---	1 2	---	---	---	03	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
04		---	1 2	---	---	---	04	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
05		---	1 2	---	---	---	05	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
06		---	1 2	---	---	---	06	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
07		---	1 2	---	---	---	07	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---
08		---	1 2	---	---	---	08	---	---	---	---	1 2 8	---	1 2 8	---

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE ?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?	HL6. QUELAGE A (nom)? Insistez. QUELAGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE E ?	HL7. Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL8. Pour les 5-77 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT ?	HL9. Pour les moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE PRINCIPALE QUI PREND SOIN DE CET ENFANT ?	HL10. EST-CE QUE (NOM) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE?	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE?	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE?
Ligne	Nom	Relation*	M F	Mois	Année	Âge	15-49	Mère	O N	O N NSP	Mère	O N NSP	O N NSP
09		—	1 2	—	—	—	09	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
10		—	1 2	—	—	—	10	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
11		—	1 2	—	—	—	11	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
12		—	1 2	—	—	—	12	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
13		—	1 2	—	—	—	13	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
14		—	1 2	—	—	—	14	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—
15		—	1 2	—	—	—	15	—	1 2	1 2 8	—	1 2 8	—

Cochez ici si questionnaire supplémentaire utilisé

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

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

Codes pour HL3 : relation avec le chef de ménage :		
01	Chef de ménage	04 Gendre/Belle-fille
02	Épouse / Époux	05 Petit-fils/Petite -fille
03	Fils / Fille	06 Mère /Père
07	Beau-père/Belle-mère	10 Oncle / Tante
08	Frère / Sœur	11 Nièce / Neveu
09	Beau-frère / Belle-sœur	12 Autre parent
		13 Sans lien de parenté

EDUCATION

ED

Pour les membres du ménage de 5 ans et plus

Pour les membres du ménage de 5-24 ans

ED1. No de ligne	ED2. Nom et âge Copier à partir de la liste des membres du ménage, de HL2 et HL6	ED3. (Nom) A-T- IL/ ELLE FREQUENT L'ECOLE OU L'ECOLE MATER- NELLE ?		ED4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ?		ED5. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2009- 2010), (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?		ED6. AU COURS DE CETTE ANN EE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom)?		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, (2008-2009), (nom) EST-IL/ ELLE ALLE (E), A UN CERTAIN MOMENT, A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?		ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom)?		
		Oui	Non	Niveau :	Classe :	Oui	Non	Niveau:	Classe :	O	N	NS	Niveau :	Classe :
01		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
02		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
03		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
04		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
05		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
06		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
07		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
08		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
09		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
10		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
11		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
12		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
13		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
14		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8
15		1	2	0	1 2 3 8	1	2	0	1 2 3 8	1	2	8	0	1 2 3 8

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	} WS3
	Puits à pompe, Forage..... 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé 31	
	Puits non protégé 32	
	Eau de source	
	Source protégée..... 41	
	Source non protégée..... 42	
	Eau de pluie 51	
	Camion-citerne 61	
Charrette avec petite citerne / tonneau 71		
Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81		
Eau en bouteille 91		
Eau en sachet 92		
Autre (<i>précisez</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 concession, cour ou parcelle 12	12 WS6
	Robinet du voisin..... 13	13 WS6
	Robinet public / Borne fontaine 14	
	Puits à pompe, Forage..... 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé 31	
	Puits non protégé 32	
	Eau de source	
	Source protégée..... 41	
	Source non protégée..... 42	
	Eau de pluie 51	
	Camion-citerne 61	
Charrette avec petite citerne / tonneau 71		
Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) 81		
Autre (<i>précisez</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..... _ _ _ _	
	Livree à domicile 995	
	NSP 998	

<p>WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Insistez:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?</p>	<p>Femme (de 15 ans ou plus) 1 Homme (de 15 ans ou plus).....2 Jeune fille (moins de 15 ans)3 Jeune garçon (moins de 15 ans).....4 NSP 8</p>	
<p>WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS SAINTE AVANT DE LA BOIRE ?</p>	<p>Oui 1 Non2 NSP 8</p>	<p>2 WS8 8 WS8</p>
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINTE ?</p> <p><i>Insistez:</i> AUTRE CHOSE?</p> <p><i>Enregistrez tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>La faire bouillirA Y ajouter de l'eau de Javel / chloreB La filtrer à travers un linge..... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) D Désinfection solaireE La laisser reposer F Autre (<i>précisez</i>) X NSPZ</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", insistez:</i> OU VONT LES EAUX USEES ?</p> <p><i>Si nécessaire, demandez 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 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV)21 Latrines à fosses avec dalle22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23 Toilettes à compostage31 Seaux41 Toilettes/latrines suspendues.....51 Pas de toilettes, nature95 Autre (<i>précisez</i>) 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 Non2</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 publiques2</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 __ Dix ménages ou plus..... 10 NSP98</p>	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MÉNAGE ?	Sans religion.....00 Catholique..... 01 Protestant..... 02 Armée du salut..... 03 Kimbanguiste..... 04 Eglises de réveil.. 05 Autres chrétiens indépendants..... 06 Témoins de Jéhovah..... 07 Musulman..... 08 Animisme/ Religions traditionnelles afric 09 Autre religion (<i>précisez</i>) 96	
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE PARLEE PRINCIPALEMENT PAR LE CHEF DE MÉNAGE ET DANS LE MÉNAGE ?	Français 01 Anglais..... 02 Lingala..... 03 Kikongo 04 Swahili..... 05 Tshiluba..... 06 Autre langue (<i>précisez</i>) 96	
HC1C. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MÉNAGE APPARTIENT-IL ?	Bantou 1 Soudanais 2 Nilotique 3 Chamite 4 Pygmée 5 Autre groupe ethnique (<i>précisez</i>) 6	
HC2. DANS CE MÉNAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces __ __	
HC3. Principal matériau du sol <i>Enregistrez l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Matériau rudimentaire Planche en bois..... 21 Palmes/bambou 22 Matériau fini Parquet ou bois ciré 31 Vinyle ou asphalte..... 32 Carrelage..... 33 Ciment 34 Moquette 35 Autre (<i>précisez</i>) 96	
HC4. Principal matériau du toit <i>Enregistrez l'observation</i>	Matériau naturel Pas de toit 11 Chaume/feuille de palmier 12 Herbes 13 Matériau rudimentaire Natte 21 Palmes / Bambou 22 Planches en bois 23 Carton..... 24 Matériau fini Métal/Tôle..... 31 Bois 32 Zinc / Fibre de ciment..... 33 Tuiles 34 Ciment/Béton..... 35 Autre (<i>précisez</i>) 96	

<p>HC5. Matériau principal des murs extérieurs</p> <p><i>Enregistrez l'observation.</i></p>	<p>Matériau naturel</p> <p>Pas de murs 11</p> <p>Canne / Palmes / troncs 12</p> <p>Mottes de terre 13</p> <p>Matériau rudimentaire</p> <p>Bambou avec boue 21</p> <p>Pierre avec boue 22</p> <p>Adobe non recouvert 23</p> <p>Contre-plaqué 24</p> <p>Carton 25</p> <p>Bois de récupération 26</p> <p>Matériau fini</p> <p>Ciment 31</p> <p>Pierre avec chaux/ciment 32</p> <p>Briques 33</p> <p>Blocs de ciment 34</p> <p>Adobe recouvert 35</p> <p>Planches de bois 36</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p>	
<p>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?</p>	<p>Électricité 01</p> <p>Gaz propane liquéfié (GPL) 02</p> <p>Gaz naturel 03</p> <p>Biogaz 04</p> <p>Kérosène 05</p> <p>Charbon / Lignite 06</p> <p>Charbon de bois 07</p> <p>Bois 08</p> <p>Paille/branchages/herbes 09</p> <p>Bouse 10</p> <p>Résidus agricoles 11</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage 95</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p>	<p>01 HC8</p> <p>02 HC8</p> <p>03 HC8</p> <p>04 HC8</p> <p>05 HC8</p> <p>95 HC8</p>
<p>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?</p> <p><i>Si 'Dans la maison', insistez: EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?</i></p>	<p>Dans la maison</p> <p>Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine 1</p> <p>Ailleurs dans la maison 2</p> <p>Dans un bâtiment séparé 3</p> <p>À l'extérieur 4</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 6</p>	

<p>HC8. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS :</p> <p>[A] L'ELECTRICITE ?</p> <p>[B] LA RADIO ?</p> <p>[C] LA TELEVISION ?</p> <p>[D] UN TELEPHONE FIXE ?</p> <p>[E] UN REFRIGERATEUR ?</p> <p>[F] UN GROUPE ELECTROGENE ?</p> <p>[G] UN LIT ?</p> <p>[H] UNE LAMPE A PETROLE ?</p> <p>[I] UNE HOUE ?</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Electricité 1 2</p> <p>Radio 1 2</p> <p>Télévision..... 1 2</p> <p>Téléphone fixe 1 2</p> <p>Réfrigérateur..... 1 2</p> <p>Groupe électrogène 1 2</p> <p>Lit 1 2</p> <p>Lampe..... 1 2</p> <p>Houe 1 2</p>	
<p>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</p> <p>[A] U NE MONTRE ?</p> <p>[B] U N TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>[C] UNE BICYCLETTE ?</p> <p>[D] UNE MOTOCYCLETTE OU UN SCOOTER ?</p> <p>[E] U NE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ?</p> <p>[F] U NE VOITURE OU UN CAMION ?</p> <p>[G] UN BATEAU A MOTEUR ?</p> <p>[H] UNE BALEINIÈRE/UN PIROGUE MOTORISÉE ?</p> <p>[I] UN ORDINATEUR ?</p> <p>[J] UNE MAISON EN LOCATION ?</p>	<p style="text-align: right;">Oui Non</p> <p>Montre.....1 2</p> <p>Téléphone mobile1 2</p> <p>Bicyclette1 2</p> <p>Motocyclette / Scooter1 2</p> <p>Charrette tirée par un animal1 2</p> <p>Voiture / camion.....1 2</p> <p>Bateau à moteur1 2</p> <p>Baleinière/Pirogue Motorisée1 2</p> <p>Ordinateur.....1 2</p> <p>Maison en location.....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", demandez :</i> LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ?</p> <p><i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encerclez "2". Pour les autres réponses encerclez "6".</i></p>	<p>Propriétaire1</p> <p>Location2</p> <p>Autre (pas propriétaire ou pas loué).....6</p>	
<p>HC11. EST-CE QUE CERTAINS MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	<p>2 HC13</p>

<p>HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</p> <p><i>Si moins de 1, enregistrez '00'.</i> <i>Si 95 ou plus, enregistrez '95'.</i> <i>Si inconnu, enregistrez '98'.</i></p>	<p>Hectares ____ ____</p>	
<p>HC13. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2 Module suivant</p>
<p>HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL DE :</p> <p>[A] T ETES DE BETAIL, VACHES LAITIERES, OU TAUREAUX ?</p> <p>[B] C HEVAUX, ANES OU MULES ?</p> <p>[C] C HEVRES ?</p> <p>[D] M OUTONS ?</p> <p>[E] P OULETS/VOLAILLE ?</p> <p>[F] PORCS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i> <i>Si 95 ou plus, enregistrez '95'.</i> <i>Si inconnu, enregistrez '98'.</i></p>	<p>Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux ____ ____</p> <p>Chevaux, ânes ou mules..... ____ ____</p> <p>Chèvres ____ ____</p> <p>Moutons ____ ____</p> <p>Poulets/volaille ____ ____</p> <p>Porcs ____ ____</p>	

<p>MAINTENANT NOUS ALLONS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA DIVERSITE ALIMENTAIRE DE VOTRE MENAGE EN PROCEDANT A UN RAPPEL SUR LES 7 DERNIERS JOURS ET AUSSI SUR LES 24 DERNIERES HEURES PAR RAPPORT A LA CONSOMMATION DES ALIMENTS CI-DESSOUS LISTES .</p>	<p>FS1. PENDANT COMBIEN DE JOURS VOTRE MENAGE A-T-IL CONSOMME LES ALIMENTS SUIVANTS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS PRECEDANT L'ENQUETE ?</p> <p><i>Demandez-lui de préciser la source de chaque produit consommé</i></p>		<p>FFS2. POUVEZ-VOUS DECRIRE TOUS LES ALIMENTS QUE VOUS , OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE , A MANGE OU BU HIER DANS LA JOURNEE ET LA NUIT , AU COURS D'UN REPAS OU LORS D'UN ENCAS ?</p> <p><i>Commencez par le premier aliment ou boisson consommé le matin</i></p>
	<p>FS1A. Fréquence de consommation au cours de la semaine précédant l'enquête</p> <p><i>Mettre le Nombre de jour (s) pendant lesquels l'aliment a été consommé</i></p> <p>0 = Pas consommé ⇒ FS2</p> <p>1 = Consommé 1 jour 2 = Consommé 2 jours 3 = Consommé 3 jours 4 = Consommé 4 jours 5 = Consommé 5 jours 6 = Consommé 6 jours 7 = Consommé 7 jours</p>	<p>FS1B. Source des aliments consommés</p> <p><i>Utiliser les codes ci-dessous pour les sources des aliments</i></p> <p>1 = Propre production; 2 = Achat au Marché; 3 = Chasse, Cueillette, pêche; 4 = Paiement en nature 5 = Emprunt; 6 = Dons (Famille, voisins, communauté) 7 = Aide alimentaire (ONGs, PAM); 8 = Ne sait pas ;</p>	
[A] MAIS____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[B] RIZ____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[C] AUTRES CEREALES [SORGHO ROUGE , MILLET , SPAGHETTIS , BLE (PAIN , GATEAUX) , ELUSINE]____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[D] PAIN [FARINE DE FROMENT]			Consommé.....1 Non Consommé.....2
[E] TUBERCULES [LEGUMES ET TUBERCULES RICHES EN VITAMINE A : COURGE , CAROTTE , POIVRON ROUGE , PATATE DOUCE A CHAIR ORANGE . AUTRES RACINES ET TUBERCULES : PATATE DOUCE BLANCHE , POMME DE TERRE , IGNAME , TARO , MANIOC (ATIEKE , GARI , FOUFOU , TASONGU , LOBE , LUMATA , LITUMA , CHIKWANGE) , BANANE PLANTAIN]____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[F] LEGUMINEUSES [PETIT POIS , HARICOT , SOJA , ETC.]____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[G] VIANDE , VOLAILLE , POISSON/CRUSTACES , ŒUF ABATS : FOIE DE VEAU , FOIE DE MOUTON , FOIE DE VOLAILLES , REINS , COEUR , BOUDIN NOIR , SANG COAGULE PREPARE , POUMONS , INTESTINS , AUTRE ORGANE A BASE DE SANG AUTRES VIANDES ET VOLAILLES : BOEUF , MOUTON , CHEVRE , PORC (Y COMPRIS CHARCUTERIE) , LAPIN , VIANDE DE BROUSSE (GIBIER) , POULET , PINTADES , PIGEON , CANARD , COBAYE , CHAUVE-SOURIS , SERPENT , RAT , GRENOUILLE , ESCARGOT , TORTUE , GRILLON , CRIQUET , CHENILLE , TERMITES , SAUTERELLES , DINASTE DE PALMIER (MAKOLOLO , POSE) POISSONS ET FRUITS DE MER : POISSON FRAIS , POISSON FUME , POISSON SALE , FRETIN , CONSERVES (SARDINES , THON) , CRABE , CREVETTE , ECREVISSE , HUITRE OEUFS____	Consommé.....1 Non Consommé.....2
[H] OLEAGINEUX PROTEAGINEUX , OLEAGINEUX , GRAINES : HARICOTS (NIEBE) , PETITS POIS , LENTILLES . ARACHIDE (EN PATE OU NATURE) , SOJA , SESAME , NOIX DE CAJOU , NOIX SAUVAGES , VOANDZOU , NOIX DE PALMISTE , GRAINES D'AMARANTES , GRAINES DE TOURNESOL , GRAINES DE COURGE (MBIKA)____	Consommé.....1 Non Consommé.....2

SECURITE ALIMENTAIRE (suite)			FS
<p>MAINTENANT NOUS ALLONS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA DIVERSITE ALIMENTAIRE DE VOTRE MENAGE EN PROCEDANT A UN RAPPEL SUR LES 7 DERNIERS JOURS ET AU SSI SUR LES 24 DERNIERES HEURES PAR RAPPORT A LA CONSOMMATION DES ALIMENTS CI-DESSOUS LISTES .</p>	<p>FS1. PENDANT COMBIEN DE JOURS VOTRE MENAGE A-T-IL CONSOMME LES ALIMENTS SUIVANTS AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS PRECEDANT L'ENQUETE ?</p> <p><i>Demandez-lui de préciser la source de chaque produit consommé</i></p>		<p>FFS2. POUVEZ-VOUS DECRIRE TOUS LES ALIMENTS QUE VOUS , OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE , A MANGE OU BU HIER DANS LA JOURNEE ET LA NUIT , AU COURS D'UN REPAS OU LORS D'UN ENCAS ?</p> <p><i>Commencez par le premier aliment ou boisson consommé le matin</i></p>
	<p>FS1A. Fréquence de consommation au cours de la semaine précédant l'enquête</p> <p><i>Mettre le Nombre de jour (s) pendant lesquels l'aliment a été consommé</i></p> <p>0 = Pas consommé ⇒ FS2 1 = Consommé 1 jour 2 = Consommé 2 jours 3 = Consommé 3 jours 4 = Consommé 4 jours 5 = Consommé 5 jours 6 = Consommé 6 jours 7 = Consommé 7 jours</p>	<p>FS1B. Source des aliments consommés</p> <p><i>Utiliser les codes ci-dessous pour les sources des aliments</i> 1 = Propre production; 2 = Achat au Marché; 3 = Chasse, Cueillette, pêche; 4 = Paiement en nature 5 = Emprunt 6 = Dons (Famille, voisins, communauté) 7 = Aide alimentaire (ONGs, PAM); 8 = Ne sait pas ;</p>	
<p>[J] LEGUMES TOMATES (FRAICHES OU CONCENTRE), GOMBO FRAIS OU SEC , AVOCAT , AUBERGINES, COURGETTES, CONCOMBRES , CHOUX, NAVETS, OIGNONS, POIVRONS VERTS, HARICOTS VERTS , POIREAUX, CELERI, KIKALAKASA, MUKUNGU , CHAMPIGNONS, LEGUMES SAUVAGES</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>
<p>[K] PRODUITS DE COLLECTE OSEILLE, AMARANTE, SALADE, EPINARDS, FEUILLES D'OIGNON (CIBOUL), FEUILLES DE HARICOT , FEUILLES DE MANIOC, FEUILLES DE PATATES , FEUILLES DE TARO , FEUILLES DE COURGE , MORELLE (BILOLO), FUMBWA, QUEUE DE SINGE , FOUGERE, NOIX, RACINES, CHENILLES, CHAMPIGNON</p>			<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>
<p>[L] FRUITS FRUITS RICHES EN VITAMINE A : MANGUE, PAPAYE ROUGE /ORANGE, MELON ORANGE, PRUNE ROUGE, MARACOUJJA, NOIX DE PALME AUTRES FRUITS : ANANAS, BANANE, GOYAVE, PASTÈQUE, GINGEMBRE, CANNE A SUCRE , POMME CANNELLE , POMME D'ACAJOU, POMME CIDRE , POMME, ORANGE, CITRON, MANDARINE, PAMPLEMOUSSE , FRAISE, NGOMBE, TELESIR, MITANIQUE, JACQUIER (MUMBOYA), JUS DE BANANE (MUTOBE), JUS DE FRUITS FRAIS (FRUITS PRESSES), FRUITS SAUVAGES (RAISIN, KYAMBA/KISI KESI) BANANES PLANTAINS , AUTRES BANANES , AVOCATS</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>
<p>[M] SUCRE ET PRODUITS SUCRES SUCRE EN POUDRE OU EN MORCEAUX (DANS LE THE , LE CAFE, LA BOUILLIE...), BOISSONS SUCREES , LAIT CONCENTRE SUCRE , MIEL, CONFITURE, BONBONS, SUCRE DE CANNE (ARTISANAL), AUTRE JUS LOCAL NON ALCOOLISE</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>
<p>[N] HUILE DE PALME HUILE DE PALME ROUGE , MALE (HUILE DE PALME SOLIDIFIEE)</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>
<p>[O] HUILE VEGETALE HUILE VEGETALE (DANS SAUCES, ASSAISONNEMENTS, FRITURES...), BEURRE (LAIT OU KARITE), MARGARINE, MAYONNAISE , LARD, SAINDOUX</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Consommé.....1 Non Consommé.....2</p>

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE
TN

TN1. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PE UVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui 1 Non 2	2⇒Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE T-IL ? Si le ménage possède 7 moustiquaires ou plus, inscrivez '7'	Nombre de moustiquaires ____	
TN3. Demandez à l'enquêté de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utilisez un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
	Observée 1 Non observée.....2	Observée.....1 Non observée.....2	Observée..... 1 Non observée.....2
TN5. Observez ou demandez la marque/type de moustiquaire Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrez à l'enquêté des photos de marques/types courants de moustiquaires.	TN4. Moustiquaire observée?	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet (Serena) .. 11 Olyset12 Net Protect.....13 Duranet14 Interceptor.....15 Autre (précisez) ____ 16 NSP marque 18 Autre moustiquaire (précisez) _____ 31 NSP marque / type..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet (Serena) .. 11 Olyset 12 Net Protect 13 Duranet.....14 Interceptor.....15 Autre (précisez)____ 16 NSP marque..... 18 Autre moustiquaire (précisez) _____ 31 NSP marque / type..... 98
TN5A. OU AVEZ-VOUS OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE ?	Lors d'une campagne..... 1 Dans un centre de santé.2 Autre (précisez) _____ 6	Lors d'une campagne..... 1 Dans un centre de santé.2 Autre (précisez) _____ 6	Lors d'une campagne..... 1 Dans un centre de santé 2 Autre (précisez) _____ 6
TN5B. COMBIEN A-T-ON PAYE POUR L'ACQUISITION DE LA MOUSTIQUAIRE ET /OU POUR SON TRAITEMENT ? <i>Indiquez le montant en francs congolais (en cumulant les paiements effectués en espèces et/ou en nature)</i>	Mont. _____ Gratuit.....999995 NSP999998 N/A999999	Mont. _____ Gratuit.....999995 NSP999998 N/A999999	Mont. _____ Gratuit.....999995 NSP999998 N/A999999
TN6. DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE ? Si moins d'un mois, enregistrez '00'	Nombre de Mois... ____ Plus de 36 mois..... 95 NSP / Pas sûr 98	Nombre de Mois... ____ Plus de 36 mois..... 95 NSP / Pas sûr.....98	Nombre de Mois.. ____ Plus de 36 mois..... 95 NSP / Pas sûr 98
TN7. Vérifiez TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre⇒ Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre⇒ Continuez	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18)⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre⇒ Continuez
TN8. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP / Pas sûr 8	Oui..... 1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP / Pas sûr..... 8

<p>TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 TN11 NSP / Pas sûr 8 TN11</p>	<p>Oui 1 Non 2 TN11 NSP / Pas sûr..... 8 TN11</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 TN11 NSP / Pas sûr..... 8 TN11</p>
<p>TN10. COMBIEN DE MOIS SE SONT ECOULES DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrez '00'</i></p>	<p>Nombre de Mois .. ____ Plus de 24 mois 95 NSP / Pas sûr 98</p>	<p>Nombre de Mois... ____ Plus de 24 mois..... 95 NSP / Pas sûr..... 98</p>	<p>Nombre de Mois ... ____ Plus de 24 mois 95 NSP / Pas sûr 98</p>
<p>TN11. EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?</p>	<p>Oui 1 Non 2 TN13 NSP / Pas sûr 8 TN13</p>	<p>Oui 1 Non 2 TN13 NSP / Pas sûr..... 8 TN13</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 TN13 NSP / Pas sûr..... 8 TN13</p>
<p>TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? <i>Enregistrez le nom et 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, enregistrez '00'</i></p>	<p>Nom _____ Numéro de ligne .. ____ Nom _____ Numéro de ligne .. ____ Nom _____ Numéro de ligne .. ____ Nom _____ Numéro de ligne .. ____</p>	<p>Nom _____ Numéro de ligne... ____ Nom _____ Numéro de ligne... ____ Nom _____ Numéro de ligne... ____ Nom _____ Numéro de ligne... ____</p>	<p>Nom _____ Numéro de ligne ... ____ Nom _____ Numéro de ligne ... ____ Nom _____ Numéro de ligne ... ____ Nom _____ Numéro de ligne ... ____</p>
<p>TN12A. QUEL MEMBRE DU MENAGE DORT SOUS LA MOUSTIQUAIRE ?</p>	<p>Enfant de moins 5 ans.....1 Femme enceinte.....2 Enfant de moins 5 ans et femme enceinte.....3 Autre (Précisez)..... 6</p>	<p>Enfant de moins 5 ans.....1 Femme enceinte.....2 Enfant de moins 5 ans et femme enceinte.....3 Autre (Précisez)..... 6</p>	<p>Enfant de moins 5 ans.....1 Femme enceinte.....2 Enfant de moins 5 ans et femme enceinte.....3 Autre (Précisez)..... 6</p>
<p>TN13.</p>	<p><i>Retournez à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant.</i></p>	<p><i>Retournez à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant.</i></p>	<p><i>Retournez à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, allez au module suivant</i></p>
			<p><i>Cochez ici si un questionnaire supplémentaire doit être utilisé</i></p>

TRAVAIL DES ENFANTS											
Ce module concerne les enfants du ménage âgés de 5-17 ans. Pour les membres du ménage âgés de moins de 5 ans ou de plus de 17 ans, laissez les lignes en blanc.											
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUT TRAVAIL QUE FONT LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE.											
CL1. Numéro de ligne	CL2. Nom et Âge Copier à partir de la liste des membres du ménage, de HL2 et HL6	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL		CL4. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?		CL5. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?		CL6. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?			
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		
LIGNE	Nom	Âge	CL3A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*) ?		CL4A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*) ?		CL5A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*) ?		CL6A. QUEL TYPE DE TRAVAIL ETAIT-CE (*) ?		
			Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	
			CL7. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL PAYE OU NON PAYE SUR LES TERRES FAMILIALES OU DANS UNE AFFAIRE FAMILIALE OU A-T-IL/ELLE VENDU DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?		CL8. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR SA FAMILLE OU POUR LUI-MEME ?		CL9. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE A FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER DES VETEMENTS, CUISINER OU S'OCCUPER D'ENFANTS, DE PERSONNES AGEES OU MALADES ?		CL10. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES ENVIRON A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS ?		
			Inclure le travail dans une affaire tenue par l'enfant seul ou avec un ou plusieurs partenaires. 1 Oui 2 Non		CL9 1 Oui 2 Non		Ligne suivante 1 Oui 2 Non				
			Nombre d'heures		Nombre d'heures		Nombre d'heures		Nombre d'heures		
01			1	2	3	1	2	2	1	2	2
02			1	2	3	1	2	2	1	2	2
03			1	2	3	1	2	2	1	2	2
04			1	2	3	1	2	2	1	2	2
05			1	2	3	1	2	2	1	2	2
06			1	2	3	1	2	2	1	2	2
07			1	2	3	1	2	2	1	2	2
08			1	2	3	1	2	2	1	2	2
09			1	2	3	1	2	2	1	2	2
10			1	2	3	1	2	2	1	2	2
11			1	2	3	1	2	2	1	2	2
12			1	2	3	1	2	2	1	2	2
13			1	2	3	1	2	2	1	2	2
14			1	2	3	1	2	2	1	2	2
15			1	2	3	1	2	2	1	2	2

* Codes pour CL3A et CL 7A: Pour les Pires Formes du Travail des Enfants (PFTE)

01. Les enfants locomoteurs des personnes handicapées	06. Les enfants dits "sorciers" soumis à des travaux d'exploitation	13. Les enfants soldats ou "kagogos" utilisés par les forces armées;	19. Les enfants utilisés dans la récolte des semences, des feuilles et des fruits;
02. Les enfants guides des personnes aveugles;	07. Les enfants employés dans les activités liées au sexe;	14. Les enfants chargés des taxis et taxis bus;	20. Les enfants meuniers.
03. Les enfants poussés à la mendicité par les parents (famille);	10. Les enfants creuseurs dans les mines d'or, de diamant et de cuivre;	15. Les enfants vendeurs d'eau, de cacahouètes, de cigarettes, des journaux et objets divers (luteurs);	96. Autres (précisez) _____
04. Les enfants musiciens et danseurs dans les grandes villes;	11. Les enfants casseurs des pierres;	16. Les enfants receveurs de taxis-bus;	
05. Les enfants utilisés comme appât pour la mendicité	12. Les enfants vendeurs ou commissionnaires dans le trafic des stupéfiants;	17. Les enfants ciréurs de souliers;	
		18. Les enfants porteurs de colis (portage);	

TABLEAU 1 : ENFANTS AGES DE 2-14 ANS ELIGIBLES POUR LES QUESTIONS SUR LA DISCIPLINE

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

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

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

TABLEAU 2: SELECTION ALEATOIRE DE L'ENFANT POUR LES QUESTIONS SUR LA DISCIPLINE

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

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

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

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

LAVAGE DES MAINS		HW
<p>HW1. 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>Autre raison 6</p>	<p>2 HW4</p> <p>3 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>HW3. Enregistrez si du savon ou d'autres produits nettoyants sont présents dans l'endroit spécial prévu pour se laver les mains.</p> <p>Encerclez tout ce qui est mentionné.</p>	<p>Morceau de savonA</p> <p>Nettoyant (Poudre / Liquide / Pâte) B</p> <p>Savon liquideC</p> <p>Cendre / Boue / Sable..... D</p> <p>Rien..... Y</p>	<p>} HH19</p>
<p>HW4. AVEZ-VOUS DU SAVON OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS (ou d'autres produits locaux utilisés comme produits nettoyants) DANS VOTRE MENAGE POUR LE LAVAGE DES MAINS?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>2 HH19</p>
<p>HW5. POUVEZ-VOUS, S'IL VOUS PLAÎT, ME LE MONTRER?</p> <p>Enregistrez l'observation. Encerclez tout ce qui est mentionné</p>	<p>Morceau de savonA</p> <p>Nettoyant (Poudre / Liquide / Pâte) B</p> <p>Savon liquideC</p> <p>Cendre / Boue / Sable..... D</p> <p>N'a pas pu montrer/A refuse de montrer ...Y</p>	

HH19. Enregistrez l'heure.

Heures et minutes : ..

IODATION DU SEL

IS

SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ?

Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.

Pas iodé 0 PPM 1
Plus de 0 PPM & Moins de 15 PPM..... 2
15 PPM ou plus 3

Pas de sel dans le ménage 6
Sel non testé 7

HH20. Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage ?

Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL7 pour chaque femme éligible. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible.

*Oui. Passez au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME
Administrez le questionnaire à la première femme éligible.
Non. Continuez*

HH21. Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?

Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL9 pour chaque enfant éligible de moins de 5 ans. Vous devez avoir un questionnaire dont le panneau d'information est rempli pour chaque enfant éligible.

*OUI. Passez au QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS
Administrez le questionnaire à la mère ou à la gardienne qui prend soin de l'enfant pour le premier enfant éligible

Non. Fin de l'interview. Avant de partir, remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration. Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et enregistrez le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.*

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

QUESTIONNAIRE FEMME FRANÇAIS

CADRE D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque femme éligible.</i>		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme: _____	
WM5. Nom et code de l'enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / _____	

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

NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS REÇUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DU CADRE DU PROJET. VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE REpondre AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REpondre ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

Oui, permission accordée Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.

Non, permission non accordée Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli 1 Pas à la maison 2 Refusé 3 Partiellement rempli..... 4 Incapacité 5 Autre (précisez) _____ 6
--	---

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

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

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois.....98 Année NSP année9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insistez : QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues)	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE 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 moins d'1 classe/année, inscrivez "00"</i>	Année/classe	
WB6. Vérifiez WB4: <i>Secondaire ou supérieur. Allez au module suivant</i> <i>Primaire Continuez avec WB7</i>		
WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrez les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée 4 <i>(précisez langue)</i> Aveugle/muette/problème de vue/ élocution 5	

MORTALITE DES ENFANTS
CM
Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.

<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>	<p>2 CM8</p>
<p>CM2. QUELLE EST LA DATE DE VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?</p> <p>JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI LE PERE N'EST PLUS VOTRE PARTENAIRE ACTUEL.</p> <p><i>Sautez à CM4 seulement si l'année de naissance est donnée. Sinon, continuez avec CM3.</i></p>	<p>Date de la première naissance Jour 98 NSP Jour 98</p> <p>Mois 98 NSP mois 98</p> <p>Année 9998 NSP année 9998</p>	<p>CM4</p>
<p>CM3. IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?</p>	<p>Années révolues depuis la première naissance 99</p>	
<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>	<p>2 CM6</p>
<p>CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils à la maison 99</p> <p>Filles à la maison 99</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>	<p>2 CM8</p>
<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, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils ailleurs 99</p> <p>Filles ailleurs 99</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" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?</i></p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2 CM10</p>
<p>CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Garçons décédés 99</p> <p>Filles décédées 99</p>	
<p>CM10. Faites la somme des réponses à CM5, CM7, et CM9.</p>	<p>Somme 99</p>	

CM11. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (*nombre total*) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?

Oui. Vérifiez ci-dessous :

Pas de naissance Allez au module des SYMPTÔMES DE MALADIES

Une naissance ou plus Continuez avec CM12

Non. Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec CM12

<p>CM12. DE TOUTES CES (<i>nombre total</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>Jour ____</p> <p>NSP Jour 98</p> <p>Mois ____</p> <p>Année ____</p>	
<p>CM12A. (<i>Nom</i>) EST-IL/ELLE ENCORE EN VIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

CM13. Vérifiez CM12 et CM12A: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'interview) en **2008**

Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES.

Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. Demandez le nom de l'enfant

Nom de l'enfant _____

Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

Continuez avec le module suivant.

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE

DB

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.

Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici :

_____.

Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes la où c'est indiqué.

Vérifier CM12A dans le module mortalité des enfants, si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous vous référez à l'enfant par son nom en posant les questions .

<p>DB1. QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 Module suivant</p>
<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'(autre) enfant 2</p>	<p>2 Module suivant</p>
<p>DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE?</p>	<p>Mois 1 ____</p> <p>Années 2 ____</p> <p>NSP 998</p>	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ
MN

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né _____.

Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué. Souvenez-vous que si à CM12A l'enfant est décédé, vous devez faire preuve de tact en posant les questions.

MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2	2 MN5												
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin A Infirmier/Infirmière B Accoucheuse D Sage-femme E Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Autre (précisez) X													
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de fois NSP 98													
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Échantillon d'urine</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension	1	2	Échantillon d'urine	1	2	Prélèvement sanguin	1	2	
	Oui	Non												
Tension	1	2												
Échantillon d'urine	1	2												
Prélèvement sanguin	1	2												
MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? <i>Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu) 1 Oui (carnet non vu) 2 Non 3 NSP 8													
MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 MN9 8 MN9												
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i>	Nombre de fois NSP 8	8 MN9												

<p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p> <p><i>Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. Allez à MN12</i></p> <p><i>Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. Continuez avec MN9</i></p>		
<p>MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 MN12</p> <p>8 MN12</p>
<p>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p>	<p>8 MN12</p>
<p>MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?</p> <p><i>Si moins d'une année, inscrivez '00'.</i></p>	<p>Nombre d'année(s) _ _</p>	
<p>MN12. Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :</p> <p><i>Oui, soins prénatals reçus. Continuez avec MN13</i></p> <p><i>Pas de soins prénatals Allez à MN17</i></p>		
<p>MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 MN17</p> <p>8 MN17</p>
<p>MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i></p>	<p>SP / Fansidar A</p> <p>Chloroquine..... B</p> <p>Amodiaquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Malaxin E</p> <p>Malaritab F</p> <p>Arinate G</p> <p>Artesunate H</p> <p>Mefloquine I</p> <p>Autre (précisez) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>MN15. Vérifiez MN14 pour le médicament pris :</p> <p><i>SP / Fansidar pris. Continuez avec MN16</i></p> <p><i>SP / Fansidar non pris. Allez à MN17</i></p>		
<p>MN16. AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?</p>	<p>Nombre de fois..... _ _</p> <p>NSP 98</p>	

<p>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin.....A Infirmier/InfirmièreB Accoucheuse.....D Sage-femme.....E</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelleF Agent de santé communautaireG Parent(e) / Ami(e)H</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X Personne.....Y</p>	
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Domicile Votre domicile.....11 Autre domicile.....12</p> <p>Secteur public Hôpital du Gouvernement21 Clinique / Centre de santé du Gouv.22 Poste de santé du Gouv.....23 Autre public (<i>précisez</i>) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé31 Clinique privée.....32 Maternité privée33 Autre privé médical (<i>précisez</i>) _____ 36</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 96</p>	<p>11 MN19A 12 MN19A</p> <p>96 MN19A</p>
<p>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) 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>MN19A. APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QU'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE OU UNE ACCOUCHEUSE VILLAGEOISE VOUS A EXAMINEE ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	<p>2 MN20</p>
<p>MN19B. APRES COMBIEN DE JOURS OU DE SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER EXAMEN DE SANTE ?</p> <p><i>Encerclez '1' et inscrivez "00" jour si même jour.</i></p>	<p>Nombre de jours après ACC.....1 ___</p> <p>Nombre de semaines après ACC2 ___</p> <p>NSP998</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 gros1 Plus gros que la moyenne2 Moyen.....3 Plus petit que la moyenne.....4 Très petit5</p> <p>NSP8</p>	
<p>MN21. (<i>nom</i>) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 MN23 8 MN23</p>
<p>MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il</i></p>	<p>Du carnet de santé.....1 (kg) ___ . ___ ___</p>	

<i>est disponible.</i>	De mémoire.....2 (kg) __ . __ __ __ NSP 99998	
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?	Oui..... 1 Non..... 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?	Oui..... 1 Non..... 2	2 Module suivant
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours</i>	Immédiatement 000 Heures 1 __ __ Jours 2 __ __ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas..... 998	
MN26. DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 Module suivant
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez : RIEN D'AUTRE ?</i>	Lait (autre que du lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée..... E Jus de fruit..... F Préparation pour bébé G Thé / Infusions..... H Miel..... I Autre (<i>précisez</i>)..... X	

IS1. Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9

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

Oui. Continuez avec IS2.

Non. Allez au Module suivant.

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

Insistez :

AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

Insistez pour autres signes ou

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

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

Enfant incapable de boire ou de téter A
 État de l'enfant s'aggrave..... B
 Enfant devient fiévreux..... C
 Enfant respire rapidement..... D
 Enfant a des difficultés pour respirer..... E
 Enfant a du sang dans les selles F
 Enfant boit difficilement G
 Enfant fait la diarrhée H
 Enfant fait des vomissements I

Autre (*précisez*) _____ X

Autre (*précisez*) _____ Y

Autre (*précisez*) _____ Z

CONTRACEPTION		CP
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas sûre ou NSP..... 8</p>	1M ODULE SUIVANT
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	2M ODULE SUIVANT
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.</p>	<p>Stérilisation féminineA</p> <p>Stérilisation masculineB</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/Calendrier . L</p> <p>Retrait M</p> <p>Autre (<i>précisez</i>)..... X</p>	
<p>CP4 QUI A DECIDE PRINCIPALEMENT DE L'UTILISATION DE CETTE METHODE CONTRACEPTIVE ?</p>	<p>Enquêtée 1</p> <p>Mari/partenaire 2</p> <p>Enquêtée et Mari/partenaire ensemble 3</p> <p>Un prestataire de santé 4</p> <p>Un(e) ami(e) 5</p>	

BESOINS NON SATISFAITS
UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte?

Oui, actuellement enceinte Continuer avec UN2

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

1 UN4

Non 2

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

1 UN7

Pas d'autre enfant 2

2 UN13

Indécise /Ne Sait Pas 8

8 UN13

UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine?

Oui. Aller à UN13

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

2 UN9

Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3

3 UN11

Indécise / Ne Sait Pas 8

8 UN9

UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?

Mois 1 __ __

Années 2 __ __

Bientôt/Maintenant 993

Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 994

Après le mariage 995

Autre 996

NSP 998

994 UN11

UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?

Oui, Actuellement enceinte Aller à UN13

Non, pas sure ou NSP Continuer avec UN9

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

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE
DV

DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE 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] S I ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....1	2 8
[B] S I ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....1	2 8
[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente.....1	2 8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels.....1	2 8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....1	2 8

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 EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années__ __ NSP 98	
MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 MA7 8 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	3M ODULE SUIVANT
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois..... 1 Plus d'une fois 2	
MA8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Date du premier mariage Mois__ __ NSP mois..... 98 Année__ __ __ __ NSP année 9998	Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années__ __	

COMPORTEMENT SEXUEL
SB

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.

<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 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>	<p>00 Module suivant</p>
<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 en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.</i></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>	<p>4 SB13</p>
<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>Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?</i></p> <p><i>Si 'Oui', encerclez '01' ou '02' ou '03' ou '04'. Si 'Non', encerclez '05'.</i></p>	<p>Epoux 01</p> <p>Partenaire cohabitant..... 02</p> <p>Ex-époux..... 03</p> <p>Ex- partenaire cohabitant..... 04</p> <p>Petit ami / fiancé 05</p> <p>Rencontre occasionnelle 06</p> <p>Travailleur (se) du sexe 07</p> <p>Autre (précisez) 96</p>	<p>01 SB7</p> <p>02 SB7</p>
<p>SB6. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</i></p>	<p>Âge du partenaire sexuel..... __ __</p> <p>NSP..... 98</p>	
<p>SB7. 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>	<p>2 SB13</p>

<p>SB8. 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>SB9. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? <i>Si 'Oui', encerclez '01' ou '02' ou '03' '04'. Si 'Non', encerclez '05'.</i></p>	<p>Epoux..... 01 Partenaire cohabitant..... 02 Ex-époux..... 03 Ex- partenaire cohabitant..... 04 Petit ami / fiancé 05 Rencontre occasionnelle 06 Travailleur (se) du sexe 07 Autre (précisez) _____ 96</p>	<p>01 SB11 02 SB11</p>
<p>SB10. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insistez :</i> ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p>	<p>Âge du partenaire sexuel..... _ _ NSP..... 98</p>	
<p>SB11. 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 SB13</p>
<p>SB12. 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>SB13. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.</i></p>	<p>Nombre de partenaires au cours de la vie..... _ _ 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 WM11
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 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] A U COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?		Oui Non NSP	
	Au cours de la grossesse.....1	2 8	
	Pendant l'accouchement.....1	2 8	
	En allaitant.....1	2 8	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8		
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8		
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8		

HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend..... 8	
HA13. Vérifiez CMI3: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <i>Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. Continuez avec HA14.</i> <i>Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. Allez à HA24.</i>		
HA14. Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ? <i>Oui, soins prénatals reçus. Continuez avec HA15</i> <i>Non, pas de soins prénatals Allez à HA24</i>		
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 HA19 8 HA19
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 HA22 8 HA22
HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1 HA22 2 HA22 8 HA22
HA19. Vérifiez MN1 7 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou D)? <i>Oui, accouchement par un professionnel de la santé Continuez avec HA20</i> <i>Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé Allez à HA24</i>		
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA AU MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT, AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1 HA25

HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1	1 WM11 2
	Il y a 12-23 mois 2	WM11 3
	Il y a 2 ans ou plus 3	WM11
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	2 HA27
	Non..... 2	
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU VIH/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	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1	1 WM11
	Non..... 2	2 WM11
	NSP..... 8	8 WM11
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui..... 1	
	Non..... 2	

WM11. Enregistrez l'heure.	Heure et minutes__ : __	
----------------------------	-------------------------------	--

WM12. L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9.

Oui. Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.

Non. Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice**Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain****Observations du superviseur**

**QUESTIONNAIRE ENFANT
DE MOINS DE 5 ANS
FRANÇAIS**

CADRE D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).</i></p> <p>Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</p>		
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 / gardienne : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne : _____	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / _____	

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

NOUS NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (*nom*). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS REÇUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DU CADRE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

Oui, permission accordée Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.

Non, permission non accordée Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans : Les codes font référence à la mère/gardienne.	Rempli..... 1 Pas à la maison 2 Refusé..... 3 Partiellement rempli 4 Incapacité..... 5 Autre (<i>préciser</i>) 6
--	---

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

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

AGE		AG
<p>AG1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (<i>nom</i>).</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insistez:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encrer 98 pour NSP jour</p> <p>Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance</p> <p>Jour : ..</p> <p>NSP Jour..... 98</p> <p>Mois..... : ..</p> <p>Année..... : ..</p>	
<p>AG2. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p><i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i></p> <p><i>Si moins de 1 an, enregistrez '0'.</i></p> <p><i>Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</i></p>	<p>Âge (en années révolues)..... : ..</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR ?</i> <i>Si acte vu, relever la date de delivrance</i>	Oui, vu 1 Date délivrance .. ____ ____ ____ Oui, non vu 2 Non 3 NSP 8	1 Module Suivant 2 Module Suivant
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BR3 3 BR3
BR2A. DANS QUELS DELAIS APRES SA NAISSANCE (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE ENREGISTREE / DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Moins de 90 jours 1 Plus de 90 jours 2 NSP 8	Toutes réponses Module Suivant
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2	2 Module Suivant
BR4. POURQUOI LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) N'A-T- ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE ?	Coûte trop cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer les frais 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP 8	

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</p> <p>Nombre de livres d'enfant0__</p> <p>Dix livres ou plus10</p>	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêt(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<p>O N NSP</p> <p>Jouets fabriqué à la maison1 2 8</p> <p>Jouets de magasin1 2 8</p> <p>Objets du ménage ou objets du dehors1 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 (C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>Si 'jamais, 'inscrivez '00'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '98'</p>	<p>Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure__ __</p> <p>Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure__ __</p>	
<p>EC4. Vérifiez AG2 : Âge de l'enfant</p> <p><i>Enfant de 3 ou 4 ans Continuez avec EC5</i></p> <p><i>Enfant de 0, 1 ou 2 ans Allez au Module suivant</i></p>		
<p>EC5. (<i>Nom</i>) SUIE-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'ÉVEIL, COMME UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2 EC7</p> <p>8 EC7</p>
<p>EC6. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?</p>	<p>Nombre d'heures__ __</p>	

<p>EC7. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demandez:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encerclez tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] PASSER DU TEMPS AVEC (<i>nom</i>) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers-son-ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Passer du temps A</td> <td></td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers-son-ne	Lire des livres A		B	X	Y	Raconter des histoires A		B	X	Y	Chanter des chansons A		B	X	Y	Promener A		B	X	Y	Jouer A		B	X	Y	Passer du temps A		B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers-son-ne																																	
Lire des livres A		B	X	Y																																	
Raconter des histoires A		B	X	Y																																	
Chanter des chansons A		B	X	Y																																	
Promener A		B	X	Y																																	
Jouer A		B	X	Y																																	
Passer du temps A		B	X	Y																																	
<p>EC8. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>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> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				
<p>EC12. EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (<i>nom</i>) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p> <p>NSP8</p>																																				

EC13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR 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	

MEBENDAZOLE		MB
MB1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN COMPRIME DE MEBENDAZOLE COMME CELUI-CI ? Montrez le comprimé 500 mg pour les enfants de 12-59 mois .	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2 Module suivant 8 Module suivant
MB2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LE DERNIER COMPRIME ?	Il y a ... mois..... ____ NSP 98	
MB3. EST-CE QUE LE DERNIER COMPRIME A ETE ADMINISTRE A (nom) AU COURS D'UNE VISITE DE ROUTINE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE, AU COURS D'UNE VISITE POUR MALADIE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE OU AU COURS D'UNE JOURNEE/CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION/SUPPLEMENTATION/DEPARASITAGE AU MEBENDAZOLE ?	Visite de routine dans établissement de santé 1 Visite pour maladie de l'enfant dans établissement de santé 2 Journée/campagne nationale de vaccination/suppl/deparasitage..... 3 Autre (précisez)..... 6 NSP 8	

ALLAITEMENT		BF
BF1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF3 8 BF3
BF2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF3. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (<i>nom</i>) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (<i>nom</i>) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE (lait maternisé) PRECISER) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF6 8 BF6
BF5. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois _ _	
BF6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF8 8 BF8
BF7. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN Poudre OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois _ _	
BF8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF9. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DE LA SOUPE (POTAGE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF11A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU DU THE /INFUSION, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

BF12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU D'AUTRES LIQUIDES HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF15 8 BF15
BF14. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _	
BF15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
BF16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 BF18 8 BF18
BF17. COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _	
BF18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
CA1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 CA7 8 CA7
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, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins..... 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus..... 4 Rien à boire 5 NSP 8	
CA3. PENDANT QUE (<i>nom</i>) AVAIT LA 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, insistez:</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins..... 1 Un peu moins 2 Environ la même quantité 3 Plus..... 4 A stoppé nourriture 5 N'a jamais donné à manger 6 NSP 8	
CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, AVEZ-VOUS DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE (<i>nom local du sachet de solution SRO</i>) ? [B] UN LIQUIDE SRO PRECONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ? [C] UN LIQUIDE MAISON (SOLUTION SALEE SUCREE-SSS =recommandé par le gouvernement) ?	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> Liquide sachet SRO 1 2 8 Liquide SRO préconditionné 1 2 8 Liquide maison recommandé 1 2 8	
CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 CA7 8 CA7

<p>CA6. QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique..... A</p> <p>Antimotilité B</p> <p>Zinc..... C</p> <p>Autre (pas antibiotique, antimotilité ou zinc)..... G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique..... L</p> <p>Non-antibiotique M</p> <p>Injection inconnue N</p> <p>Intraveineuse O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales Q</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) X</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</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>
<p>CA8. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>
<p>CA9. LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES (POITRINE), OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches 1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait..... 2</p> <p>Les deux..... 3</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>6 CA14</p>
<p>CA10. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE A L'EXTERIEUR DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA12</p> <p>8 CA12</p>
<p>CA11. OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insistez :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</i></p> <p><i>Insistez pour identifiez chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital de l'Etat A</p> <p>Centre de santé de l'Etat..... B</p> <p>Poste de santé de l'Etat C</p> <p>Agent de santé communautaire D</p> <p>Clinique mobile/communautaire..... E</p> <p>Autre public (<i>précisez</i>)..... H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie privée K</p> <p>Clinique mobile L</p> <p>Autre médical privé (<i>précisez</i>)..... O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) P</p> <p>Boutique Q</p> <p>Praticien traditionnel R</p> <p>Eglises S</p> <p>Autre (<i>précisez</i>)..... X</p>	
<p>CA12. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 CA14</p> <p>8 CA14</p>

<p>CA13. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique Comprimé / Sirop A Injection B</p> <p>Antipaludéens..... M</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acétaminophène.... P Aspirine Q Ibuprofen R</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>précisez</i>) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA14. Vérifiez AG2 : enfant de moins de 3 ans ?</p> <p>Oui. Continuez avec CA15</p> <p>Non. Allez au module suivant</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE AUX TOILETTES, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines..... 01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines 02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole..... 03 Jeté aux ordures (déchets solides) 04 Enterré..... 05 Lissé à l'air libre..... 06</p> <p style="text-align: right;">Autre (<i>précisez</i>) 96</p> <p>NSP 98</p>	

PALUDISME		ML
ML1. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2M module suivant 8Module suivant
ML2. 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 ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	
ML3. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML8 8 ML8
ML4. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML8 8 ML8
ML5. EST-CE QUE L'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML7 8 ML7
ML6. QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (<i>nom</i>) ? <i>Insistez :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ? <i>Encercler tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i> _____ (Nom des médicaments)	<i>Antipaludéens:</i> SP (*)..... A Chloroquine..... B Amodiaquine/Camoquin/ Flavoquine..... C Quinine..... D Combinaison avec Artémisinine(**) E Antipaludique/site de soins à base communautaire F Autre antipaludique (précisez) _____ H <i>Antibiotiques</i> Comprimés / Sirop I Injection..... J <i>Autres médicaments:</i> Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen . P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (précisez) _____ X NSP..... Z	
ML7. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1 ML9 2 ML10 8 ML10
ML8. EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2 ML10 8 ML10

(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc.

(**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.

<p>ML9. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez : AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</i></p> <p><i>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom des médicaments</i>) .</p>	<p><i>Antipaludéens:</i></p> <p>SP (*)..... A</p> <p>Chloroquine B</p> <p>Amodiaquine/Camoquin/Flavoquine C</p> <p>Quinine D</p> <p>Combinaison avec Artémisinine(**)..... E</p> <p>Antipaludique/site de soins à base communautaire F</p> <p>Autre antipaludique (<i>précisez</i>) _____ H</p> <p><i>Antibiotiques</i></p> <p>Comprimés / Sirop..... I</p> <p>Injection J</p> <p><i>Autres médicaments:</i></p> <p>Paracétamol/ Panadol /Acétaminophen . P</p> <p>Aspirine..... Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>ML10. Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><i>Oui. Continuez avec ML11</i></p> <p><i>Non. Allez au module suivant</i></p>		
<p>ML11. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9</i>)?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés</i></p> <p><i>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</i></p>	<p>Même jour 0</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>	

(*) SP = Falcidox, Malariadexin, Fansidar, Paludose, etc.

(**)Combinaison avec Artémisinine = Serenadose, Luther, Coartem, Co-arinate, Co-arsucam, Artemod, Arsumoon, etc.

VACCINATIONS

IM

Si un carnet (une carte) de vaccination (ou une fiche de consultation préscolaire) est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet (la carte ou la fiche de consultation préscolaire)). Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet (la carte ou la fiche de consultation préscolaire). Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet (ou une carte ou une fiche de consultation préscolaire) n'est pas disponible

IM1. AVEZ-VOUS UN CARNET (UNE CARTE/FICHE DE CONSULTATION PRESCOLAIRE) OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES? (Si <i>Oui</i>) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ?	Oui, vu 1	1 IM3
	Oui, non vu 2	2 IM6
	Pas de carnet 3	

IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET (UNE CARTE/ FICHE DE CONSULTATION PRESCOLAIRE) DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui 1	1 IM6
	Non 2	2 IM6

IM3. (a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet (de la carte/fiche de consultation préscolaire). (b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet (la carte/fiche de consultation préscolaire) montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Date des vaccinations		
	Jour	Mois	Année

BCG	BCG								
POLIO A LA NAISSANCE	VPO0								
POLIO 1	VPO 1								
POLIO 2	VPO 2								
POLIO 3	VPO 3								
DTCOQ 1	DTCOQ1								
DTCOQ 2	DTCOQ2								
DTCOQ 3	DTCOQ 3								
HEPB1	H1								
HEPB2	H2								
HEPB3	H3								
ROUGEOLE (VAR)	VAR								
FIEVRE JAUNE	VAA								

IM4. Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées?
Oui Continuez avec IM18
Non Continuez avec IM5

IM5. EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET (CETTE CARTE/FICHE DE CONSULTATION PRESCOLAIRE), EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci -dessus.	Oui 1 <i>(Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.)</i>	
	Non 2	2 IM18
	NSP 8	8 IM18

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 DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM18 8 IM18
IM7. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A L’AVANT BRAS GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM8. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - C’EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM11 8 IM11
IM9. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines 1 Plus tard 2	
IM10. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCoQ » – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? <i>Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM13 8 IM13
IM12. COMBIEN DE FOIS A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) LE VACCIN DTCoQ ?	Nombre de fois __	
IM13. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L’HEPATITE B – C’EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L’HEPATITE B <i>Insistez en précisant que le vaccin contre l’hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 IM16 8 IM16
IM14. EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D’HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 24 h après naissance 1 Plus tard 2	
IM15. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L’HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM16. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DEJA REÇU LE « VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - 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	
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 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? <i>Insistez 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>IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A, DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ?</p> <p><i>Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM19. Enregistrez la date de la prise de Vitamine A la plus récente telle que vue sur le carnet de vaccination</p> <p><i>Ecrivez '44' pour jour si le carnet montre qu'une dose de Vit A a été donnée mais que la date n'a pas été enregistrée ; laissez le mois et l'année en blanc.</i></p>	<p>Jour..... __ __</p> <p>Mois __ __</p> <p>Année __ __ __ __</p> <p>Pas de mention de Vitamine A portée sur le carnet 99999994</p> <p>Pas de carnet /carnet pas vu 99999995</p>	
<p>IM20. Dites-moi, s'il vous plaît, si (<i>nom</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] 16-22 novembre 2008, AVS/TMN, VAT (Kasai Oriental, Kasai Occidental, Katanga, Bandundu, Sud Kivu, Maniema)</p> <p>[B] 20-29 novembre 2008, Campagne Nationale, Vitamine A</p> <p>[C] 25-29 novembre 2008, Campagne Intégrée Rougeole, Polio, MII (Equateur, Orientale)</p> <p>[D] Avril, Mai 2009, AVS/Polio, VPO (Equateur, Orientale)</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Campagne A 1 2 8</p> <p>Campagne B 1 2 8</p> <p>Campagne C 1 2 8</p> <p>Campagne D 1 2 8</p>	

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

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

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

Non. Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant

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

Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour les mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.

ANTHROPOMÉTRIE
AN

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

Enregistrez ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1. Nom et code du mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures 1 Enfant non présent 2 Enfant ou gardienne a refusé 3 <p style="text-align: right;">Autre (précisez) 6</p>	2 AN6 3 AN6 6 AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9	
AN4. Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2 : Enfant de moins de 2 ans. Mesurez la taille (position allongée). Enfant de 2 ans ou plus. Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée 1 Taille (cm) Position debout 2 Taille allongée/debout non mesurée .. 9999.9	
AN5. Œdème	Observiez et enregistrez Vérifié : Œdème présent 1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) 7	

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

Oui. Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.

Non. Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération.

Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur