

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRES

INSTITUT NATIONAL DE LA
STATISTIQUE



REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES (MICS) 2006 QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES ENVOYE(E)S PAR L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE ET L'EDUCATION DE LA FAMILLE. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA QUELQUES MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT CONFIDENTIELLES AU TERME DE LA LOI N° 91/023 DU 16 DECEMBRE 1991 SUR LES RECENSEMENTS ET ENQUETES STATISTIQUES QUI STIPULE EN SON ARTICLE 5 QUE « LES RENSEIGNEMENTS INDIVIDUELS D'ORDRE ECONOMIQUE OU FINANCIER FIGURANT SUR TOUT QUESTIONNAIRE D'ENQUETE STATISTIQUE NE PEUVENT EN AUCUN CAS ETRE UTILISES A DES FINS DE CONTROLE OU DE REPRESSION ECONOMIQUE ».

Je voudrais commencer l'interview

IDENTIFICATION ET RENSEIGNEMENTS SUR LE MENAGE		HH
HH1. Numéro de la grappe : _____ __ __ __	HH2. Numéro du ménage : _____ __ __ __	
HH3. Nom et code de l'Enquêteur : _____ __ __		
HH4. Nom et code du Contrôleur : _____ __ __		
HH4A. Nom et code du Superviseur : _____ __ __		
HH5. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ __ __ _2_ _0_ _0_ _6_		
HH6. Milieu de résidence : Urbain 1 Rural 2	HH7. Douala /Yaoundé/ Province : _____ __ __	
HH7A. Arrondissement/District : _____ __ __		
HH8. Nom du Chef de ménage : _____		
<i>Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplissez les informations suivantes :</i>		
HH9. Résultat de l'interview du ménage : Rempli..... 1 Pas à la maison/absent..... 2 Refusé 3 Logement non trouvé/détruit/vidé 4 Autre (précisez)6	HH10. Nom et N° de ligne de l'enquête du questionnaire ménage : Nom : _____ N° de ligne : _____ __ __	
HH11. Nombre total des membres du ménage : _____ __ __		
HH12. Nombre de femmes éligibles : _____ __ __	HH13. Nombre de questionnaires femmes remplis : _____ __ __	
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : _____ __ __	HH15. Nombre de questionnaires enfants de moins de 5 ans remplis : _____ __ __	
<i>Observations de l'Enquêteur/Contrôleur :</i>		
HH16. Nom et code de l'Agent de saisie : _____ __ __		
HH16A. Date de saisie : _____ __ __ _2_ _0_ _0_ _6_		

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE

HL

POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE

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

Ensuite posez : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON ? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS À L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL). Si Oui, complétez la liste. Ensuite, posez les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois.

					Personnes âgées de 10 ans et plus	Eligible pour			Si âgé de 18-59 ans	Pour les enfants âgés de 0-17 ans Posez HL9-HL12A					
HL1 N° 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. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	HL5A QUEL EST L'ÉTAT MATRIMONIAL DE (nom) ?	HL6. Encerclez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5-14 ans : QUI EST LA MÈRE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MÈRE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge	HL8A. (Nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?	HL10A. Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MÈRE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11. EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?	HL12. Si en vie : EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?	HL12A. Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PÈRE DE (nom) A-T-IL ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
LIGNE	NOM	REL	M F	AGE		15-49	MÈRE/PC	MÈRE/PC	O N NSP	O N NSP	MÈRE	O N NSP	O N NSP	PÈRE	O N NSP
01		0 1	1 2			01			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
02			1 2			02			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
03			1 2			03			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
04			1 2			04			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
05			1 2			05			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
06			1 2			06			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
07			1 2			07			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
08			1 2			08			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
09			1 2			09			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
10			1 2			10			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8
11			1 2			11			1 2 8	1 2 8		1 2 8	1 2 8		1 2 8

Questionnaires

					Personnes âgées de 10 ans et plus	Eligible pour			Si âgé de 18-59 ans	Pour les enfants âgés de 0-17 ans Posez HL9-HL12A					
HL1 N° de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PAREN- TE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAG E? *	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU- LIN OU FEMININ ?	HL5. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrez en années révolues ≥ 95 ans → 95 98=NSP		HL5A QUEL EST L'ETAT MATRIMO- NIAL DE (NOM) ? 1. Celi bataire 2. Mar mon 3. Mar pol 4.Div/Sep 5.Vef/Vve 6.Uni libre	HL6. Encerle z le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5- 14 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge		HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge	HL8A. (Nom) A-T- IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non → HL11 8 NSP → HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrez le n° de ligne de la mère ou 00 pour 'non'	HL10A. Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MERE DE (nom) A-T- ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non → Lig. suiv 8 NSP → Lig. suiv
LIGN E	NOM	REL	M F	AGE		15-49	MÈRE/PC	MÈRE/PC	O N NSP	O N NSP	MÈRE	O N NSP	O N NSP	PÈRE	O N NSP
12		□□□	1 2	□□□	□□	12	□□□	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8
13		□□□	1 2	□□□	□□	13	□□□	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8
14		□□□	1 2	□□□	□□	14	□□□	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8
15		□□□	1 2	□□□	□□	15	□□□	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8	1 2 8	□□□	1 2 8

Si l y a plus de 15 personnes dans le ménage, cochez ici et prenez un nouveau questionnaire

☐

Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI — MEME S'ILS NE SONT PAS DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? Si Oui, enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille de ménage.

Ensuite, complétez les totaux ci-dessous. Si vous avez utilisé plus d'un questionnaire, vous ne devez remplir ces totaux que sur le premier.

	Femmes de 15-49 ans	Enfants de 5-14 ans	Enfants de moins de 5 ans	Très malade (=1)	Mères décédées (=2)		Mères très malades (=1)	Pères décédés (=2)		Pères très malades (=1)
Totaux	□□	□□□	□□□	□□□	□□□		□□□	□□□		□□□

Maintenant, pour chaque femme âgée de 15-49 ans, inscrivez son nom et le numéro de ligne et les autres informations d'identification du panneau d'information du Questionnaire Femme.

Pour chaque enfant de moins de 5 ans, inscrivez son nom et le numéro de ligne et le numéro de ligne de la mère/personne en charge dans la page d'identification du Questionnaire Enfant de moins de 5 ans.

Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans dans le ménage.

* Codes pour HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage

01 = Chef de ménage

04 = Gendre ou Belle-fille

08 = Frère ou Sœur

12 = Nièce/Neveu par mariage

15 = Sans parenté

02 = Femme ou Mari

05 = Petit-fils ou Petite fille

09 = Beau-frère ou Belle-sœur

13 = Autres parents

98 = Ne sait pas

Questionnaires

					Personnes âgées de 10 ans et plus	Eligible pour			Si âgé de 18-59 ans	Pour les enfants âgés de 0-17 ans Posez HL9-HL12A					
						Questionnaire femme	Module travail des enfants	Questionnaire enfants de moins de 5 ans							
HL1 N° de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PAREN- TE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAG E? *	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU- LIN OU FEMININ ? 1 Mas. 2 Fém.	HL5. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrez en années révolues ≥ 95 ans → 95 98=NSP	HL5A QUEL EST L'ETAT MATRIMO- NIAL DE (NOM) ? 1. Celi- bataire 2. Mar- mon 3. Mar pol 4.Div/Sep 5.Vef/Vve 6.Uni libre	HL6. Encercler le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5- 14 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PERSONNE EN CHARGE DE CET ENFANT? Enregistrez le n° de ligne de la mère/ personne en charge	HL8A. (Nom) A-T- IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non → HL11 8 NSP → HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrez le n° de ligne de la mère ou 00 pour 'non'	HL10A. Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MERE DE (nom) A-T- ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non → Lig. suiv 8 NSP → Lig. suiv	HL12. Si en vie : EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrez le n°. de ligne du père ou 00 pour 'non'	HL12A. Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PERE DE (nom) A-T-IL ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?
LIGNE	NOM	REL	M F	AGE		15-49	MÈRE/PC	MÈRE/PC	O N NSP	O N NSP	MÈRE	O N NSP	O N NSP	PÈRE	O N NSP
03 = Fils ou Fille					06 = Parent (père/mère) 07 = Beau-père ou Belle-mère			10 = Oncle/tante 11 = Nièce/Neveu			14 = Enfant adopté/en garde/Enfant du conjoint				

MODULE SUR L'EDUCATION																				ED							
Excusez-vous devant votre interlocuteur puis, dans la colonne ED1A, dressez la liste de toutes les personnes âgées de 5 ans ou plus. Chaque nom doit figurer devant le numéro correspondant du tableau ménage. Pour les membres du ménage de moins de 5 ans, laissez les lignes en blanc. Une fois la liste dressée, adressez-vous à votre interlocuteur en ces termes : MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR L'EDUCATION SCOLAIRE DE TOUTES LES PERSONNES AGEES DE 5 ANS OU PLUS, MEMBRES DE VOTRE MENAGE																											
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus					Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans																						
					Pour les membres du ménage fréquentant la maternelle/cpc ou le primaire																						
ED1. N° de ligne	ED1A. Nom	ED2. (NOM) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE/ CPC ?		ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEEVE A CE NIVEAU AVEC SUCCES ? (VOIR CODES EN BAS DE PAGE ET EN FIN DE QUESTIONNAIRE)		ED4. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2005-2006), (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE/CPC A UN CERTAIN MOMENT ?		ED5. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST-T-IL ALLE A L'ECOLE? Enregistrez le nombre de jours.		ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST (nom) ? SI NIVEAU ≠ 0 ET 1 PASSEZ A ED7 (VOIR CODES EN BAS DE PAGE ET EN FIN DE QUESTIONNAIRE)		ED6A. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, (NOM) A-T-IL/ELLE LE LIVRE DE LECTURE ? 1 Oui 2 Non → ED6C		ED6B. COMMENT A-T-IL EU LE LIVRE DE LECTURE ? 1=Acheté par le parent 2=Prêt/location d'un programme 3=Autre prêt/location 4=Don		ED6C. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, (NOM) A-T-IL/ELLE LE LIVRE DE MATHÉMATIQUES ? 1 Oui 2 Non → ED6E		ED6D. COMMENT A-T-IL EU LE LIVRE DE MATHÉMATIQUES ? 1=Acheté par le parent 2=Prêt/location d'un programme 3=Autre prêt/location 4=Don		ED6E. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, (NOM) A-T-IL/ELLE LE LIVRE DE SCIENCES D'OBSERVATIONS ? 1 Oui 2 Non → ED7		ED6F. COMMENT A-T-IL/ELLE LE LIVRE DE SCIENCES D'OBSERVATIONS ? 1=Acheté par le parent 2=Prêt/location d'un programme 3=Autre prêt/location 4=Don		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2004-2005) (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE/CPC A UN CERTAIN MOMENT ? 1 Oui 2 Non → ligne suiv. 8 NSP → ligne suiv.		ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE (2004-2005), A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom) ? (VOIR CODES EN BAS DE PAGE ET EN FIN DE QUESTIONNAIRE) CLASSE : 98 NSP	
N° LIGNE	NOM	OUI	NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON		OUI	NON		OUI	NON		O	N	NSP	NIVEAU	CLASSE			
01		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
02		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
03		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
04		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
05		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
06		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
07		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
08		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
09		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
10		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
11		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
12		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
13		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
14		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			
15		1	2 → LIG. SUIV.	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	□	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	1 2 3 4	1	2	8	0 1 2 3 4 5 6 8	□ □			

POUR ED3, ED6 ET ED8, CODES NIVEAU : 0 Ecole maternelle/CPC

1 Primaire

2 Post primaire

3 Secondaire

4 Supérieur

5 Ecole coranique

6 Programme non-formel

8 NSP

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS											CL
<p>Excusez-vous devant votre interlocuteur puis, dans la colonne CL2, dressez la liste de tous les enfants âgés de 5 à 14 ans (bornes comprises). Chaque nom doit figurer devant le numéro correspondant du tableau ménage. Pour les membres de ménage de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laissez les lignes en blanc. S'il n'y a pas d'enfants de 5-14 ans dans le ménage c'est-à-dire que si le total de la colonne HL7 est '00, sautez ce module et continuez au MODULE SUR LA DISCIPLINE DE L'ENFANT.</p> <p>Une fois la liste dressée, adressez-vous à votre interlocuteur en ces termes :</p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE.</p>											
CL1. N° de ligne.	CL2. Nom	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 Oui, payé (argent ou nature) 2 Oui, non payé 3 Non → CL5	CL4. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux. Enregistrez la réponse, puis → CL6	CL5. AU COURS DE L'ANNEE DERNIERE (nom) AVAIT-T- IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 Oui, payé (argent ou nature) 2 Oui, non payé 3 Non	CL6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ? 1 Oui 2 Non → CL8	CL7. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?	CL8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT DES / D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?) 1 Oui 2 Non → Ligne suivante	CL9. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL?			
N° DE LIGNE	NOM	OUI PAYE N. PAYE NON	NOMBRE D'HEURES	OUI PAYE N. PAYE NON	OUI NON	NOMBRE D'HEURES	OUI NON	NOMBRE D'HEURES			
01		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
02		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
03		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
04		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
05		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
06		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
07		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
08		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
09		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
10		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
11		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
12		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
13		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
14		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				
15		1 2 3		1 2 3	1 2		1 2				

MODULE SUR LA DISCIPLINE DE L'ENFANT**CD**

Les tableaux et les instructions qui suivent, vous permettront d'identifier un enfant éligible **âgé de 2-14 ans** dans le ménage à qui seront administrées les questions de ce module. Une fois, le numéro de ligne de l'enfant connu, allez à CD11 pour continuer l'interview.

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

Revoyez la liste des membres du ménage et enregistrez chaque enfant âgé de 2-14 ans dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (HL1). N'incluez pas les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14 ans. Enregistrez le numéro de ligne, le nom, le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/personne en charge de chaque enfant. Puis enregistrez le nombre total d'enfants âgés de 2-14 ans à la case réservée (CD7).

Tableau 1									
CD1. N° d'ordre	CD2. N° de Ligne de HL1.	CD3. Nom de HL2.	CD4. Sexe de HL4.		CD5. Age de HL5.	CD6. Ligne de la mère/personne en charge de HL7 ou HL8.			
LIGNE	LIGNE	NOM	M	F	AGE	MERE/PC			
01			1	2					
02			1	2					
03			1	2					
04			1	2					
05			1	2					
06			1	2					
07			1	2					
08			1	2					
CD7.	TOTAL ENFANTS AGES DE 2-14 ANS								

S'il y a un seul enfant âgé de 2-14 ans dans le ménage, sautez le tableau 2 et allez à la question CD9. Ecrivez le numéro d'ordre de l'enfant et continuez avec CD11.

Tableau 2 : SELECTION ALEATOIRE POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE DE L'ENFANT

Utilisez ce tableau pour sélectionner un des enfants âgés de 2-14 ans, s'il y en a plusieurs dans le ménage. Recherchez le dernier chiffre du numéro séquentiel du ménage dans la page de couverture. C'est le numéro de ligne de la table ci-dessous où vous devez aller. Vérifiez le nombre total des enfants éligibles (2-14 ans) à la question CD7 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne de la table ci-dessous où vous devez aller. Trouvez la cellule où la ligne et la colonne se rencontrent et entourez le chiffre qui apparaît dans cette cellule. C'est le numéro d'ordre de l'enfant pour lequel les questions doivent être posées. Enregistrez numéro d'ordre à la question CD9 ci-dessous. Finalement, enregistrez le numéro de ligne et le nom de l'enfant sélectionné dans la case de la variable CD11 de la page suivante. Puis, trouvez le numéro de la mère/personne en charge de cet enfant et posez lui les questions à partir de CD12.

Tableau 2								
CD8. Dernier chiffre du numéro séquentiel du ménage (HH2)	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE							
	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

CD9. Enregistrez le numéro d'ordre de l'enfant	Numéro d'ordre de l'enfant..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	--

MODULE SUR LA DISCIPLINE DE L'ENFANT (Suite)		CD
Identifiez l'enfant sélectionné âgé de 2-14 ans dans le ménage en utilisant la table de la page précédente selon les instructions données. Demandez à interroger la mère/personne en charge de l'enfant sélectionné (identifiée par la ligne à la question CD6).		
CD11. Ecrivez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et CD2 et sur la base du numéro d'ordre figurant à CD9.	Nom _____ Numéro de ligne <input type="text"/> <input type="text"/>	
CD12. TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR ENSEIGNER A LEURS ENFANTS LA FACON DE SE COMPORTER OU DE SE CONDUIRE CORRECTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE VARIETE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE LES A UTILISEES AVEC (nom) LE MOIS PASSE.		
CD12A. RETIRER LES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui 1 Non 2	
CD12B. EXPLIQUER AVEC QUELQUE CHOSE (IMAGE, HISTOIRE, EXEMPLE) POURQUOI LA CONDUITE ETAIT MAUVAISE.	Oui 1 Non 2	
CD12C. LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non 2	
CD12D. CRIER, HURLER SUR LUI/ELLE.	Oui 1 Non 2	
CD12E. LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE COMME DU TRAVAIL.	Oui 1 Non 2	
CD12F. CLAQUER, FRAPPER OU GIFLER AVEC LA MAIN NUE.	Oui 1 Non 2	
CD12G. LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSE A CHEVEUX, UNE BRANCHE D'ARBRE OU D'AUTRES OBJETS DURS.	Oui 1 Non 2	
CD12H. L'INSULTER (L'APPELER IDIOT, PARESSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE).	Oui 1 Non 2	
CD12I. LE/LA FRAPPER OU GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non 2	
CD12J. LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU LA JAMBE.	Oui 1 Non 2	
CD12K. LE/LA TAPER AVEC UN INSTRUMENT (ENCORE ET ENCORE, AUSSI DUR QUE POSSIBLE).	Oui 1 Non 2	
CD12L. L'ISOLER, NE PLUS LUI PARLER, L'ENFERMER, LE LIGOTER, LE METTRE A GENOUX, LUI FAIRE PLANTER LE CHOU.	Oui 1 Non 2	
CD12M. LUI REFUSER DE LA NOURRITURE.	Oui 1 Non 2	
CD12N. LUI FAIRE RECOPIER UN TEXTE.	Oui 1 Non 2	
CD12O. L'OBLIGER A MANGER UN CERTAIN TYPE DE NOURRITURE OU A MANGER BEAUCOUP PLUS QUE D'HABITUDE	Oui 1 Non 2	
CD13. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (nom) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui 1 Non 2 NSP/pas d'opinion..... 8	

MODULE SUR LE HANDICAP DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS												DA											
Ce module doit être administré aux mères/ personnes en charge d'enfants de 2 à 9 ans qui vivent dans le ménage.																							
Excusez-vous devant votre interlocuteur puis, dans la colonne DA2, dressez la liste de toutes les personnes âgées de 2 à 9 ans (bornes comprises). Chaque nom doit figurer devant le numéro correspondant du tableau ménage. Pour les membres du ménage de moins de 2 ans ou de plus de 9 ans, laissez les lignes en blanc. Une fois la liste dressée, adressez-vous à votre interlocuteur en ces termes :																							
JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER S'IL Y A DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS DANS CE MENAGE QUI ONT L'UN DES PROBLEMES DE SANTE QUE JE VAIS VOUS CITER																							
DA1. N° ligne	DA2. Nom de l'enfant	DA3. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST- CE QUE (nom) A OU A EU UN RETARD SERIEUX POUR S'ASSEOIR, SE TENIR DEBOUT ?		DA4. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST- CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR VOIR ?		DA5. EST-CE QUE (nom) A DES TROUBLES DE L'AUDITION ? (UTILISE UN APPAREIL ACCOUSTIQUE, A DES TROUBLES DE L'AUDITION, EST TOTALEMENT SOURD)		DA6. QUAND VOUS DEMANDEZ A (nom) DE FAIRE QUELQUE CHOSE, EST- CE QU'IL /ELLE COMPREND AISEMENT CE QUE VOUS DITES ?		DA7. EST-CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR MARCHER, OU BOUGER LES BRAS OU EST-CE QU'IL/ELLE MANQUE DE FORCE ET/OU A UNE RAIDEUR DANS LE BRAS OU LES JAMBES?		DA8. EST-CE QUE (nom) FAIT PARFOIS DES CRISES, DEVIENT RAIDE OU PERD CONNAISSAN- CE?		DA9. EST-CE QUE (nom) FAIT DES CHOSES COMME LES AUTRES ENFANTS DE SON AGE?		DA10. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE PARLER DISTINCTEMENT (PEUT-IL /ELLE SE FAIRE COMPRENDRE EN PARLANT, PEUT DIRE DES CHOSES RECONNAIS- SABLES)?		DA11. Pour les enfants de 3-9 ans EST-CE QUE LA FACON DE PARLER DE (nom) EST DIFFERENTE DE LA NORMALE (PAS ASSEZ CLAIRE POUR QU'IL/ELLE SOIT COMPRIS(E) PAR LES GENS AUTRES QUE SA FAMILLE IMMEDIATE)?		DA12. Pour les enfants de 2 ans EST-CE QUE (nom) PEUT NOMMER AU MOINS UN OBJET (PAR EXEMPLE, UN ANIMAL, UN OBJET, UNE TASSE, UNE CUILLERE)?		DA13. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS DU MEME AGE (nom) PARAIT-T- IL/ELLE DU TOUT MENTALE- MENT ARRIERE OU EST-IL/ELLE LENT(E) D'ESPRIT?	
Ligne	NOM	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non		
01		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
02		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
03		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
04		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
05		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
06		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
07		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
08		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
09		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
10		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
11		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
12		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
13		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
14		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		
15		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2		

[illegible]

CODES ET QUESTIONS	MODALITES/REPOSES	INSTRUCTIONS
<i>Encerclez le code qui décrit le mieux cette personne</i>		
WS5. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS SALUBRE AVANT DE LA BOIRE ?	Oui..... 1 Non..... 2 Non concerné 3 NSP 8	2→WS7 3→WS7 8→WS7
WS6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ? AUTRE CHOSE ? <i>Enregistrez tout ce qui est mentionné</i>	La faire bouillir A Y ajouter de l'eau de javel/chlore..... B La filtrer à travers un linge/coton/éponge... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) D Désinfection solaire E Laisser reposer/décanner F Autre (à préciser) X NSP Z	
WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT- ILS? <i>Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insistez: PAR OU PASSENT LES EAUX USEES?</i>	Chasse d'eau / chasse manuelle Chasse branchée à l'égout 11 Chasse branchée à la fosse septique ... 12 Chasse branchée aux latrines 13 Chasse branchée à autre chose 14 Chasse branchée à endroit inconnu/Pas sûr/NSP où..... 15 Latrines améliorées auto aérées (LAA) ... 21 Latrines couvertes 22 Latrines à fosse / trou ouvert 23 Seaux/Pots/tinettes..... 31 Pas de toilettes ou brousse ou champ 95 Autre (à préciser) 96	95→MODULE SUIVANT
WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?	Oui..... 1 Non..... 2	2→ MODULE SUIVANT
WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10) <u>0</u> Dix ménages ou plus 10 NSP 98	

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE ET DE L'HABITAT		HC
CODES ET QUESTIONS	MODALITES/REponses	INSTRUCTIONS
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE ?	Catholique 1 Protestant 2 Autre chrétien à préciser) 3 Musulman 4 Animiste 5 Autre religion (à préciser) 6 Pas de religion 7	
HC1C. QUEL EST LE GROUPE ETHNIQUE DU CHEF DE MENAGE ? _____ _____ _____	Arabe-Choa/Peulh/haoussa/Kanuri 01 Biu-Mandara 02 Adamaoua-Oubangui 03 Bantoïde Sud-Ouest 04 Grassfields/Nord-Ouest 05 Bamiléké/Bamoun 06 Côtier/Ngoe/Okoro 07 Beti/Bassa/Mbam 08 Kako/Maka/Pygmée 09 Etranger 10 Autre groupe ethnique (à préciser) 96	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces __ __	
HC3. Principal matériau du sol : <i>Encerclez le code de l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable 11 Matériau rudimentaire Planche, bois 21 Palmes/bambou 22 Natte 23 Matériau moderne Parquet ou bois poli 31 Jerflex ou asphalte 32 Carreaux/Marbre 33 Ciment 34 Moquette/Tapis 35 Autre (à préciser) 96	
HC4. Principal matériau du toit. <i>Encerclez le code de l'observation.</i>	Matériau naturel Chaume/feuille de palmier 11 Matériau rudimentaire Natte 21 Palmes/bambou 22 Planches, bois 23 Matériau fini Tôle 31 Tuiles 32 Ciment 33 Autre (à préciser) 96	
HC5. Principal matériau des murs. <i>Encerclez le code de l'observation.</i>	Nattes, chaume, feuilles 11 Pisé, terre battue 12 Carabot/Contre-plaqué 13 Brique simple en terre 14 Terre cuite/Brique 15 Planches, bois 21 Ciment 22 Béton, parpaing 23 Pierre de taille 24 Carreaux/marbre 25 Autre (à préciser) 96	

CODES ET QUESTIONS	MODALITES/REPONSES	INSTRUCTIONS																														
HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?	Électricité.....01 Gaz de pétrole liquéfié (GPL)02 Bio-gaz03 Pétrole/ Kérosène.....04 Charbon de bois05 Bois06 Sciure/copeaux.....07 Paille/branchages/herbes08 Bouse.09 Résidus agricoles10 Non concerné11 Autre (à préciser)96	01→HC8 02→HC8 03→HC8 04→HC8 11→HC9																														
HC7. DANS VOTRE MENAGE, EST-CE QUE VOUS CUISINEZ SUR UN FEU A CIEL OUVERT, UN FOUR OUVERT OU UN FOUR FERME ? <i>Insistez sur le type.</i>	Feu à ciel ouvert.....1 Four ouvert.....2 Four fermé.....3 Autre (à préciser)6	3→HC8 6→HC8																														
HC7A. EST-CE QUE LE FEU/ FOUR A UNE CHEMINEE OU UNE HOTTE ?	Oui.....1 Non.....2																															
HC8. EST-CE QUE LA CUISINE EST GENERALEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?	Dans la maison.....1 Dans un autre bâtiment2 À l'extérieur3 Autre (à préciser)6																															
HC9. DANS VOTRE MENAGE, POSSEDEZ -VOUS : L'ELECTRICITE ? UN POSTE RADIO ? UN TÉLÉVISEUR ? UN ORDINATEUR ? UN CLIMATISEUR ? UN TELEPHONE MOBILE ? UN TELEPHONE FIXE ? UN REFRIGERATEUR/CONGELATEUR ? UNE CUISINIÈRE/RECHAUD ?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr> <td>Électricité.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Poste radio.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Téléviseur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Ordinateur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Climatiseur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Téléphone mobile.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Téléphone fixe.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Réfrigérateur/Congélateur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Cuisinière/Réchaud.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Oui	Non	Électricité.....	1	2	Poste radio.....	1	2	Téléviseur.....	1	2	Ordinateur.....	1	2	Climatiseur.....	1	2	Téléphone mobile.....	1	2	Téléphone fixe.....	1	2	Réfrigérateur/Congélateur.....	1	2	Cuisinière/Réchaud.....	1	2	
	Oui	Non																														
Électricité.....	1	2																														
Poste radio.....	1	2																														
Téléviseur.....	1	2																														
Ordinateur.....	1	2																														
Climatiseur.....	1	2																														
Téléphone mobile.....	1	2																														
Téléphone fixe.....	1	2																														
Réfrigérateur/Congélateur.....	1	2																														
Cuisinière/Réchaud.....	1	2																														
HC10. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE : UNE HORLOGE ? UNE BICYCLETTE ? UNE MOTOCYCLETTE OU UNE SCOOTER ? UNE CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL ? UNE VOITURE OU UN CAMION ? UN BATEAU A MOTEUR ? UN GROUPE ELECTROGENE /GENERATEUR ? UNE POMPE A EAU ?	<table border="0"> <tr> <td></td><td>Oui</td><td>Non</td></tr> <tr> <td>Horloge.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Bicyclette.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Motocyclette/Scooter.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Charrette avec animal.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Voiture/Camion.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Bateau à moteur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Groupe électrogène/Générateur.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Pompe à eau.....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Oui	Non	Horloge.....	1	2	Bicyclette.....	1	2	Motocyclette/Scooter.....	1	2	Charrette avec animal.....	1	2	Voiture/Camion.....	1	2	Bateau à moteur.....	1	2	Groupe électrogène/Générateur.....	1	2	Pompe à eau.....	1	2				
	Oui	Non																														
Horloge.....	1	2																														
Bicyclette.....	1	2																														
Motocyclette/Scooter.....	1	2																														
Charrette avec animal.....	1	2																														
Voiture/Camion.....	1	2																														
Bateau à moteur.....	1	2																														
Groupe électrogène/Générateur.....	1	2																														
Pompe à eau.....	1	2																														
HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE UNE PARCELLE DE TERRE QUI PEUT ETRE CULTIVEE ?	Oui.....1 Non.....2	2→HC13																														
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE POSSEDENT-ILS ? Si plus de 97, enregistrez '97'. Si inconnu, encerclez '98'.	Hectares..... _ _ NSP.....98																															
HC13. EST- CE- QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME ?	Oui.....1 Non.....2	2→HC15A																														
HC14. LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN, VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ? BETAIL ? VACHES LAITIÈRES OU TAUREAUX ? CHEVAUX, ANES OU MULES ? CHEVRES ? MOUTONS ? PORCS ? POULETS ?	<table border="0"> <tr> <td>Bétail.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Vaches laitières ou taureaux.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Chevaux, ânes ou mules.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Chèvres.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Moutons.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Porcs.....</td><td> _ _ </td></tr> <tr> <td>Poulets.....</td><td> _ _ </td></tr> </table>	Bétail.....	_ _	Vaches laitières ou taureaux.....	_ _	Chevaux, ânes ou mules.....	_ _	Chèvres.....	_ _	Moutons.....	_ _	Porcs.....	_ _	Poulets.....	_ _																	
Bétail.....	_ _																															
Vaches laitières ou taureaux.....	_ _																															
Chevaux, ânes ou mules.....	_ _																															
Chèvres.....	_ _																															
Moutons.....	_ _																															
Porcs.....	_ _																															
Poulets.....	_ _																															

CODES ET QUESTIONS	MODALITES/REPONSES	INSTRUCTIONS
Si aucun, enregistrez '00'. Si plus de 97, enregistrez '97'. Si inconnu, enregistrez '98'.		
HC15A. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CETTE HABITATION OU ETES-VOUS LOCATAIRE ?	Propriétaire.....1 Locataire2 Location gratuite/ occupant illégal /autre3	2→HC15D 3→HC15D
HC15B. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE A UN TITRE/ACTE DE PROPRIETE POUR CETTE HABITATION ?	Oui.....1 Non.....2	1→HC15F
HC15C. QUEL TYPE DE DOCUMENT POSSEDEZ-VOUS POUR LA PROPRIETE DE CETTE HABITATION ? AUTRE CHOSE? Encerclez tous les codes mentionnés.	Taxe foncière.....A Facture électricité/eau/téléphone etc.B Certificat de Vente.....C Autres (à préciser)X Aucun/Pas de documentY	→HC15F
HC15D. EST-CE QUE VOUS AVEZ UN CONTRAT ECRIT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION ?	Oui.....1 Non.....2	1→HC15F
HC15E. POSSEDEZ-VOUS UN QUELCONQUE DOCUMENT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION ? <i>Si oui</i> , QUEL TYPE DE DOCUMENT OU D'AGREMENT AVEZ VOUS POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION ? AUTRE CHOSE? Encerclez tous les codes mentionnés	Accord informel (par écrit)A Accord oral (pas de document).....B Occupation gratuite Avec accord du propriétaireC Sans accord du propriétaire.....D Autres (à préciser)X Aucun/Pas de documentY	
HC15F. VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSE(E) DE CETTE HABITATION ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HC15G. AVEZ-VOUS ETE EXPULSE DE VOTRE MAISON A UN MOMENT QUELCONQUE DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES ?	Oui.....1 Non.....2	
HC15H. Habitation située dans ou près de : Observez et encerclez tous les codes qui décrivent l'endroit habité.	Région d'éboulement.....A Région prédisposée à l'inondation.....B Bord de rivièreC Colline raideD Tas d'orduresE Région de pollution industrielleF Chemin de fer.....G Centrale électriqueH Pont aérien.....I Aucun des codes ci-dessus.....Y	
HC15I. Condition de l'habitation : Observez et encerclez tous les codes qui décrivent l'endroit habité.	Craquements/ouverture dans les murs.....A Pas de fenêtresB Fenêtre avec vitres cassées/pas de vitre...C Trous visibles dans le toitD Toit incompletE Porte peu solideF Aucun des codes ci-dessus.....Y	
HC15J. Environnement de l'habitation : Observez et encerclez tous les codes qui décrivent l'endroit habité.	Passage très étroit entre les maisons au lieu de route.....A Trop de câbles électriques connectant le voisinage et le poste d'alimentationB Câbles haute et moyenne tension proche de l'habitation.....C Aucun des codes ci-dessusY	

MODULE SUR LES MOUSTIQUAIRES TRAITEES AUX INSECTICIDES					TN
CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPNSES		INSTRUCTIONS	
TN1. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?		Oui.....1 Non.....2		2→Module suivant	
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES AVEZ-VOUS DANS VOTRE MENAGE ?		Nombre de moustiquaires..... _			
<i>Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrez '7'.</i>					
TN2A	VÉRIFIEZ TN2 : NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE →TN2B <input type="checkbox"/> UNE →TN3				
TN2B	Nous allons parler de chaque moustiquaire séparément en commençant par celle que vous avez obtenue le plus récemment.				
	MOUSTIQUAIRES	MOUSTIQUAIRE n°1	MOUSTIQUAIRE n°2	MOUSTIQUAIRE n°3	MOUSTIQUAIRE n°4
TN3	EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE FAIT PARTIE DES TYPES SUIVANTS :				
	<i>Lisez le nom de chaque type et encerclez le code correspondant. Si possible, demandez à l'enquêteur de vous montrer la moustiquaire pour vérifier le type.</i>				
	Moustiquaires permanentes :				
	Moustiquaires imprégnées :				
	Autres moustiquaires :				
TN3A	OU AVEZ-VOUS OBTENU VOTRE MOUSTIQUAIRE ?	<u>Secteur public</u> Hôpital.....11 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....12 CSI/CS/PMI.....13 Autre public.....16	<u>Secteur public</u> Hôpital.....11 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....12 CSI/CS/PMI.....13 Autre public.....16	<u>Secteur public</u> Hôpital.....11 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....12 CSI/CS/PMI.....13 Autre public.....16	<u>Secteur public</u> Hôpital.....11 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....12 CSI/CS/PMI.....13 Autre public.....16
		<u>Secteur médical privé</u> Hôpital privé.....21 Médecin privé.....22 Pharmacie.....23 Clinique/Cabinet.....24 Autre médical privé (à préciser).....26	<u>Secteur médical privé</u> Hôpital privé.....21 Médecin privé.....22 Pharmacie.....23 Clinique/Cabinet.....24 Autre médical privé (à préciser).....26	<u>Secteur médical privé</u> Hôpital privé.....21 Médecin privé.....22 Pharmacie.....23 Clinique/Cabinet.....24 Autre médical privé (à préciser).....26	<u>Secteur médical privé</u> Hôpital privé.....21 Médecin privé.....22 Pharmacie.....23 Clinique.....24 Autre médical privé (à préciser).....26
		<u>Autre source</u> Parent(e) ou ami(e).....31 Vendeur ambulant.....32 Magasin.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96 NSP.....98	<u>Autre source</u> Parent(e) ou ami(e).....31 Vendeur ambulant.....32 Magasin.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96 NSP.....98	<u>Autre source</u> Parent(e) ou ami(e).....31 Vendeur ambulant.....32 Magasin.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96 NSP.....98	<u>Autre source</u> Parent(e) ou ami(e).....31 Vendeur ambulant.....32 Magasin.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96 NSP.....98
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
		Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
TN3B	COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LA MOUSTIQUAIRE ?	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998	Gratuit.....99996 NSP.....99998
TN4	<i>Vérifiez TN3 : Si la moustiquaire est permanente ou imprégnée. → Passez à TN6</i> <i>Si Autre. → Continuez avec TN5</i>				

	MOUSTIQUAIRES	MOUSTIQUAIRE n°1	MOUSTIQUAIRE n°2	MOUSTIQUAIRE n°3	MOUSTIQUAIRE n°4
TN5	LORSQUE VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES?	Oui.....1 Non2 Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 Pas sûr.....8
TN6	DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS CETTE MOUSTIQUAIRE ? <i>Si moins de 1 mois, enregistrez "00". Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i>	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98
TN7	DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE DANS UN LIQUIDE POUR ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui.....1 Non.....2 passer à TN8A← Pas sûr8	Oui.....1 Non.....2 passer à TN8A← Pas sûr8	Oui.....1 Non.....2 passer à TN8A← Pas sûr8	Oui.....1 Non.....2 passer à TN8A← Pas sûr8
TN8	COMBIEN DE TEMPS S'EST ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins de 1 mois, enregistrez "00". Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été traitée il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98	Mois Plus de 24 mois95 Pas sûr/NSP.....98
TN8A	QUELQU'UN A T-IL DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui.....1 Non2 TN8C← Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 TN8C← Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 TN8C← Pas sûr.....8	Oui.....1 Non2 TN8C← Pas sûr.....8
TN8B	QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ? <i>Enregistrez le nom et le numéro de ligne à partir du tableau ménage.</i>	NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne	NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne	NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne	NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne NOM _____ N° ligne
TN8C	RETOURNEZ À TN3 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES CONTINUEZ AU MODULE SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 4 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				

MODULE SUR LES ENFANTS VULNERABLES ET ORPHELINS		OV
CODES ET QUESTIONS	MODALITES/REponses	INSTRUCTIONS
OV1 FILTRE : Vérifiez HL5 : Y a-t-il un enfant de 0-17 ans ?		
<i>Oui</i> <input type="checkbox"/> ↓ <i>Continuez avec OV2</i>	<i>Non</i> <input type="checkbox"/> →	Module Suivant
OV2. JE VOUDRAIS QUE VOUS PENSIEZ AUX 12 DERNIERS MOIS. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE EST DECEDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui Non	1 2 2 → OV5
OV3. DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y A-T-IL DES PERSONNES AGEES ENTRE 18 ET 59 ANS ?	Oui Non	1 2 2 → OV5
OV4. DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET ETAIENT AGES ENTRE 18 ET 59 ANS, Y A-T-IL QUELQU'UN QUI ETAIT GRAVEMENT MALADE PENDANT AU MOINS TROIS MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVANT DE MOURIR ?	Oui Non	1 2 1 → OV8
OV5. FILTRE Retournez au Tableau Ménage et vérifiez ce qui suit : <div> <div> 1. Vérifiez les totaux de HL9 et HL11. <i>Pas de mère ou de père décédé(e)</i> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> <i>Au moins une mère ou un père décédé(e)</i> <input type="checkbox"/> → OV8 </div> </div> <div> <div> 2. Vérifiez les totaux de HL8A. <i>Pas d'adulte âgé de 18-59 ans très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois</i> <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> <i>Au moins un adulte âgé de 18-59 ans très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois</i> <input type="checkbox"/> → OV8 </div> </div> <div> <div> 3. Vérifiez les totaux de HL10A et HL12A. <i>Au moins une mère ou un père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois</i> <input type="checkbox"/> ↓ OV8 </div> <div> <i>Pas de mère ou de père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois</i> <input type="checkbox"/> → Module suivant </div> </div>		

OV8. Listez tous les enfants de 0-17 ans. Enregistrez les noms, les numéros de ligne et les âges de tous les enfants, en commençant par le premier enfant, et continuez dans l'ordre dans lequel ils sont listés dans le module d'enregistrement du ménage. Utilisez un questionnaire additionnel s'il y a plus de 4 enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage. Posez toutes les questions pour un enfant avant de passer à l'enfant suivant.

	1 ^{ER} ENFANT	2 ^{EME} ENFANT	3 ^{EME} ENFANT	4 ^{EME} ENFANT
Nom (de HL2)	_____	_____	_____	_____
Numéro de ligne (de HL1)	____	____	____	____
Âge (de HL5)	____	____	____	____
OV9. J'AIMERAIS VOUS POSER DES QUESTIONS A PROPOS DE N'IMPORTE QUEL TYPE D'AIDE OU DE SUPPORT ORGANISE QUE VOTRE MENAGE A PU RECEVOIR POUR (<i>nom</i>) ET POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE. PAR AIDE OU SUPPORT ORGANISE, JE VEUX DIRE UNE AIDE OU DU SUPPORT FOURNI PAR QUELQU'UN QUI TRAVAILLE POUR UN PROGRAMME, QUE CE SOIT DU GOUVERNE MENT, DU SECTEUR PRIVE, RELIGIEUX, D'UN ORGANISME DE BIENFAISANCE OU D'UN PROGRAMME A BASE COMMUNAUTAIRE. IL FAUT RAPPELER A L'ENQUETE QU'IL S'AGIT DE SOUTIEN POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE.				
OV10. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SUPPORT QUE VOTRE MENAGE A REÇU POUR (<i>nom</i>). AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MEDICAL POUR (<i>nom</i>) COMME DES SOINS OU DES MEDICAMENTS ?	Oui 1 Non 2 → OV11 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV11 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV11 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV11 NSP 8
OV10A. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU L'UN DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
OV11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT EMOTIONNEL OU PSYCHOLOGIQUE POUR (<i>nom</i>) COMME DE LA COMPAGNIE, DES CONSEILS D'UN CONSEILLER FORME, OU DU SUPPORT SPIRITUEL ?	Oui 1 Non 2 → OV13 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV13 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV13 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV13 NSP 8
OV12. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU L'UN DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
OV13. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MATERIEL POUR (<i>nom</i>) COMME DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU UN SUPPORT FINANCIER?	Oui 1 Non 2 → OV15 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV15 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV15 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV15 NSP 8
OV14. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU L'UN DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
OV15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT SOCIAL POUR (<i>nom</i>) COMME DE L'AIDE A LA MAISON, UNE FORMATION POUR DONNER DES SOINS OU UNE ASSISTANCE POUR DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES ?	Oui 1 Non 2 → OV17 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV17 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV17 NSP 8	Oui 1 Non 2 → OV17 NSP 8
OV16. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU L'UN DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8
OV17. Vérifiez OV8 : âge de l'enfant :	Âge 5-17 Âge 0-4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ OV18 Enfant Suiv.	Âge 5-17 Âge 0-4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ OV18 Enfant Suiv.	Âge 5-17 Âge 0-4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ OV18 Enfant Suiv.	Âge 5-17 Âge 0-4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ OV18 Enfant Suiv.
OV18. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT POUR LA SCOLARITE DE (<i>nom</i>) COMME UNE BOURSE, UNE INSCRIPTION GRATUITE, DES LIVRES OU DES FOURNITURES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP 8

MODULE SUR LES DEPENSES DE SANTE DES MENAGES**HE**

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPONSES		INSTRUCTIONS
HE1. S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI SI UN MEMBRE DU MENAGE EST ACTUELLEMENT MALADE, SOUFFRE D'UNE AFFECTION DE LONGUE DUREE, D'UNE BLESSURE, OU A ETE SOUFFRANT AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS		Oui.....1 Non.....2	2→HE20	
HE2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS A PROPOS DE CHAQUE PERSONNE QUI A ETE MALADE OU BLESSEE A UN MOMENT OU UN AUTRE AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS. JE VOUS PRIE DE ME DIRE LE NOM DE CHACUNE. ENSUITE NOUS PARLERONS EN DETAIL DE CHACUNE, L'UNE APRES L'AUTRE.				
<i>Listez tous les membres du ménage qui ont été malades au cours des 30 derniers jours. Enregistrez les noms, les numéros de ligne de tous les membres qui ont été malades, en commençant par le premier membre, et continuez dans l'ordre dans lequel ils sont listés dans la feuille d'enregistrement du ménage. Utilisez un questionnaire additionnel s'il y a plus de 3 malades dans le ménage. Posez toutes les questions pour un malade avant de passer au malade suivant.</i>				
HE2A. NOMBRE DE MALADES	 _		
CODES ET QUESTIONS	MALADE N°1	MALADE N°2	MALADE N°3	
S'IL Y A PLUS DE TROIS MALADES DANS LE MÉNAGE CONTINUEZ SUR UN AUTRE QUESTIONNAIRE				
HE3. NOM ET NUMERO DE LIGNE A LA HL.1 ET HL.2	NOM : _____ NUMERO DE LIGNE _ _	NOM : _____ NUMERO DE LIGNE _ _	NOM : _____ NUMERO DE LIGNE _ _	
HE4. A VOTRE AVIS, EST-CE QUE LA MALADIE DE (Nom) ETAIT GRAVE, MODEREE OU LEGERE ?	Grave.....1 1 Modérée.....2 2 Légère.....3 Ne sait pas.....8	Grave.....1 Modérée.....2 Légère.....3 Ne sait pas.....8	Grave.....1 Modérée.....2 Légère.....3 Ne sait pas.....8	
HE5. A-T-ON CHERCHE A OBTENIR UN CONSEIL OU UNE PRESCRIPTION POUR TRAITER LA MALADIE DE (Nom) ?	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	2→HE9

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPNSES		INSTRUCTIONS
HE6. AUPRES DE QUI L'A-T-ON CHERCHE ? <i>Si le répondant dit « hôpital », vérifiez le nom et le type d'hôpital ou de centre de santé et encerclez le code qui convient dans les colonnes suivantes</i> <i>Si le répondant dit « docteur », vérifiez si le malade s'est déplacé chez ce dernier, ou si le « docteur » s'est rendu au domicile du malade (encerclez le code qui convient)</i>	Secteur public Hôpital de référence.....11 Hôpital provincial.....12 Hôpital de district13 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....14 Centre de Santé/CSI/PMI 15 Autre public.....16 Secteur privé Hôpital privé.....21 Clinique/ cabinet22 Pharmacie.....23 Domicile d'un professionnel de santé24 Visite du professionnel agréé au domicile du malade.....25 Autre privé.....26 Secteur non médical Vendeur de médicament (ambulant, marché.....).....31 Tradipraticien.....32 Guérisseur religieux.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96	Secteur public Hôpital de référence.....11 Hôpital provincial.....12 Hôpital de district13 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....14 Centre de Santé/CSI/PMI 15 Autre public.....16 Secteur privé Hôpital privé.....21 Clinique/ cabinet22 Pharmacie.....23 Domicile d'un professionnel de santé24 Visite du professionnel agréé au domicile du malade.....25 Autre privé.....26 Secteur non médical Vendeur de médicament (ambulant, marché.....).....31 Tradipraticien.....32 Guérisseur religieux.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96	Secteur public Hôpital de référence.....11 Hôpital provincial.....12 Hôpital de district13 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....14 Centre de Santé/CSI/PMI 15 Autre public.....16 Secteur privé Hôpital privé.....21 Clinique/ cabinet22 Pharmacie.....23 Domicile d'un professionnel de santé24 Visite du professionnel agréé au domicile du malade.....25 Autre privé.....26 Secteur non médical Vendeur de médicament (ambulant, marché.....).....31 Tradipraticien.....32 Guérisseur religieux.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser).....96	
HE6A. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE DE TRANSPORT POUR ALLER A (LIEU DES SOINS HE6) ET EN REVENIR ? <i>Montant en FCFA</i>	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	
HE7. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE POUR LA CONSULTATION ET LES SOINS (OU L'HOSPI-TALISATION) A (LIEU DES SOINS HE6) ? <i>Montant en FCFA</i>	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	
HE8. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE POUR LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PRESCRITS A (LIEU DES SOINS HE6) ? <i>Montant en FCFA</i>	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce <input type="text"/> B.Nature <input type="text"/> C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPONSES		INSTRUCTIONS
HE8A. QUELLE A ETE LA DEPENSE GLOBALE POUR LA CONSULTATION, LES SOINS (OU L'HOSPITALISATION) , LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PRESCRITS A (LIEU DES SOINS HE6) Montant en FCFA	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	
HE9. A-T-ON FAIT DE L'AUTOMEDICATION ?	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	2➔HE12
HE10. AUPRES DE QUI A-T-ON CHERCHE A OBTENIR LES MEDICAMENTS POUR L'AUTOMEDICATION DE (Nom) ?	Pharmacie.....1 Vendeur de médicament (ambulant, marché...) ...2 Cueillette de plantes/décoctions3 Autres6	Pharmacie.....1 Vendeur de médicament (ambulant, marché...) ...2 Cueillette de plantes/décoctions3 Autres6	Pharmacie.....1 Vendeur de médicament (ambulant, marché...) ...2 Cueillette de plantes/décoctions3 Autres6	
HE11. QUEL A ETE LE MONTANT DE L'ACHAT DES MEDICAMENTS POUR L'AUTOMEDICATION DE (Nom) ?	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	
HE12. APRES LE PREMIER RECOURS A (LIEU DES SOINS HE6) , Y A-T-IL EU UNE SECONDE CONSULTATION AU MEME ENDROIT OU BIEN RECOURS A D'AUTRES SOINS AILLEURS POUR SOIGNER LA MALADIE/BLESSURE DE (Nom) ?	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2	2➔ COLONNE SUIVANTE OU HE17.

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPONSES		INSTRUCTIONS
<p>HE13. POUR CE PAUVRE RECOURS, AUPRES DE QUI A-T-ON CHERCHE A OBTENIR UN CONSEIL OU UNE PRESCRIPTION POUR LA MALADIE/BLESSURE DE (Nom) ?</p> <p><i>Si le répondant dit « hôpital », vérifiez le nom et le type d'hôpital ou de centre de santé et encerclez le numéro qui convient dans les colonnes suivantes</i></p> <p><i>Si le répondant dit « docteur », vérifiez si le malade s'est déplacé, ou si le « docteur » s'est rendu au domicile du malade (et encerclez le code qui convient)</i></p>	<p><u>Secteur public</u> Hôpital de référence.....11 Hôpital provincial.....12 Hôpital de district13 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....14 Centre de Santé/CSI/PMI 15 Autre public.....16</p> <p><u>Secteur privé</u> Hôpital privé.....21 Clinique/ cabinet22 Pharmacie.....23 Domicile d'un professionnel de santé24 Visite du professionnel agréé au domicile du malade.....25 Autre privé.....26</p> <p><u>Secteur non médical</u> Vendeur de médicament (ambulancier, marché.....).....31 Tradipraticien.....32 Guérisseur religieux.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser) 96</p>	<p><u>Secteur public</u> Hôpital de référence.....11 Hôpital provincial.....12 Hôpital de district13 Centre Médicalisé d'Arrondissement.....14 Centre de Santé/CSI/PMI 15 Autre public.....16</p> <p><u>Secteur privé</u> Hôpital privé.....21 Clinique/ cabinet22 Pharmacie.....23 Domicile d'un professionnel de santé24 Visite du professionnel agréé au domicile du malade.....25 Autre privé.....26</p> <p><u>Secteur non médical</u> Vendeur de médicament (ambulancier, marché.....).....31 Tradipraticien.....32 Guérisseur religieux.....33 GIC Santé.....34 Autre (à préciser) 96</p>		
<p>HE14. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE DE TRANSPORT POUR ALLER A (LIEU DES SOINS HE13) ET EN REVENIR ?</p> <p><i>Montant en FCFA</i></p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>		
<p>HE15. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE POUR LA CONSULTATION ET LES SOINS (OU L'HOSPITALISATION) A (LIEU DES SOINS HE13)?</p> <p><i>Montant en FCFA</i></p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>		
<p>HE16. QUELLE A ETE LA DEPENSE TOTALE POUR LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PRESCRITS A (LIEU DES SOINS HE13) ?</p> <p><i>Montant en FCFA</i></p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>		
<p>HE16A. QUELLE A ETE LA DEPENSE GLOBALE POUR LA CONSULTATION, LES SOINS (OU L'HOSPITALISATION), LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS PRESCRITS A (LIEU DES SOINS HE13)</p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>	<p>A.Espèce <input type="text"/></p> <p>B.Nature <input type="text"/></p> <p>C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998</p>		

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPONSES		INSTRUCTIONS
HE17 FILTRE	Vérifiez les réponses aux questions HE6A, HE7, HE8, HE8A, HE11, HE14, HE15, HE16, HE16A (dans toutes les colonnes) : <i>Il y a eu des dépenses</i> <input type="checkbox"/> → HE18 <i>Il n'y a pas eu de dépenses en argent</i> <input type="checkbox"/> → HE20 (Si c'est le dernier malade ou à la colonne suivante en HE4)			
HE18. QUEL EST LE MONTANT DE LA CONTRIBUTION DU MENAGE DANS LES DEPENSES ENTRAINEES PAR LA MALADIE DE (Nom) ?	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	A.Espèce _ _ _ _ _ _ _ _ B.Nature _ _ _ _ _ _ _ _ C.Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998	
HE18A. QUELLE EST LA PERSONNE QUI A LE PLUS CONTRIBUE AUX DEPENSES DE SANTE DE (Nom) ? <i>Répondez par le nom et le numéro de la ligne dans HL1 et HL2</i>	NOM..... NUMERO DE LIGNE _ _	NOM..... NUMERO DE LIGNE _ _	NOM..... NUMERO DE LIGNE _ _	00 SI PAS MEMBRE DU MENAGE.
HE19. OU (NOM HE18A) A-T-IL TROUVE L'ARGENT POUR PAYER LES DEPENSES DE TRANSPORT, DE SOINS ET DE MEDICAMENTS POUR CE MALADE (HE3) ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez toutes les réponses</i>	Salaires/argent disponible.....A Epargne.....B Emprunt sans intérêt....C Emprunt avec intérêt....D Vente de biens ou actifs.....E Autre source (à préciser).....X	Salaires/argent disponible.....A Epargne.....B Emprunt sans intérêt....C Emprunt avec intérêt....D Vente de biens ou actifs.....E Autre source (à préciser).....X	Salaires/argent disponible.....A Epargne.....B Emprunt sans intérêt....C Emprunt avec intérêt....D Vente de biens ou actifs.....E Autre source (à préciser).....X	
HE19A. QUELLE ETAIT LA PRINCIPALE SOURCE QUI A LE PLUS FINANCE ?	Salaires/argent disponible.....1 Epargne.....2 Emprunt sans intérêt....3 Emprunt avec intérêt....4 Vente de biens ou actifs.....5 Autre source (à préciser).....6	Salaires/argent disponible.....1 Epargne.....2 Emprunt sans intérêt....3 Emprunt avec intérêt....4 Vente de biens ou actifs.....5 Autre source (à préciser).....6	Salaires/argent disponible.....1 Epargne.....2 Emprunt sans intérêt....3 Emprunt avec intérêt....4 Vente de biens ou actifs.....5 Autre source (à préciser).....6	
HE19B. Y A-T-IL EU AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, DES DEPENSES AU TITRE DE LA SANTE CURATIVE POUR D'AUTRES MALADIES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2 → HE 20

CODES ET QUESTIONS		MODALITES/REPONSES		INSTRUCTIONS
HE19C. SI OUI, QUEL A ETE LE MONTANT DE LA DEPENSE EFFECTUEE POUR CELA ?	A. Espèce <input type="text"/> <input type="text"/> B. Nature <input type="text"/> <input type="text"/> C. Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas....9999998	A. Espèce <input type="text"/> <input type="text"/> B. Nature <input type="text"/> <input type="text"/> C. Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas....9999998	A. Espèce <input type="text"/> <input type="text"/> B. Nature <input type="text"/> <input type="text"/> C. Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas....9999998	
HE20. Y A-T-IL EU AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, D'AUTRES DEPENSES AU TITRE DE LA SANTE PREVENTIVE (VACCINATION, ACHAT DE MEDICAMENT, CHECK UP, ETC) ?	Oui1 Non2 NSP8			2, 8 → HE 22
HE21. SI OUI, QUEL A ETE LE MONTANT DE LA DEPENSE EFFECTUEE POUR CELA (vaccination, prévention, Check up etc) ?	A. Espèce <input type="text"/> B. Nature <input type="text"/> C. Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998			
HE22. Y A-T-IL EU AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, D'AUTRES DEPENSES AU TITRE DE LA SANTE POUR DES MEMBRES DU MENAGE DECEDES OU POUR DES VISITEURS ?	Oui1 Non2 NSP8			2, 8 → MODULE SUIVANT
HE23. SI OUI, QUEL A ETE LE MONTANT DE LA DEPENSE EFFECTUEE POUR CELA ?	A. Espèce <input type="text"/> B. Nature <input type="text"/> C. Gratuit.....0000000 D. Ne sait pas.....9999998			

MODULE SUR L'IODATION DU SEL		SI
SI1. JE VOUDRAIS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ? <i>Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le code qui correspond au résultat du test.</i>	Pas iodé 0 PPM (aucune couleur) 1 Moins de 15 PPM (peu coloré)..... 2 15 PPM ou plus (forte coloration)..... 3 Pas de sel à la maison 6 Sel pas testé 7	
SI1A. OU GARDEZ-VOUS VOTRE SEL ?	Près du feu 1 Loin du feu 2 Autre (à préciser) 8	
SI1B. COMMENT CONSERVEZ-VOUS VOTRE SEL ?	Dans un pot/boîte fermé(e) 1 Dans un pot/boîte ouverte(e) 2 Dans un sac attaché 3 Dans un sac ouvert..... 4 Dans un plastique attaché 5 Dans un plastique ouvert..... 6 A l'air libre 7 Autre (à préciser) 8	

SI2. 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 HL6. 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.

SI3. Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage ?

Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. 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 5 ANS

Administrez le questionnaire à la mère ou à la personne en charge 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.

Table d'équivalence dernière classe suivie avec succès-nombre d'années d'études

Système francophone	Nombre d'années d'études	Système anglophone	Système francophone	Nombre d'années d'études	Système anglophone
Jamais fréquenté	00	Never gone to school	3 ^{ème} G ou 4 ^{ème} A.T	10	Form 4
Maternel/SIL	01	Nursery/Class1/Class 2	2 nd G. ou T	11	Form 5
CP/CPS	02	Class 3	1 ^{ère} G. ou T	12	Lower sixth
CE1	03	Class 4	Tle G. ou T	13	Upper sixth
CE2	04	Class 5	1 ^{ère} année Univ.	14	1st year Univ.
CM1	05	Class 6	2 ^{ème} année Univ.	15	2nd year Univ.
CM2	06	Class 7	3 ^{ème} année Univ.	16	3rd year Univ.
6 ^{ème} G ou 1 ^{ère} A.T	07	Form 1	4 ^{ème} année Univ.	17	4th year Univ.
5 ^{ème} G ou 2 ^{ème} A.T	08	Form 2	5 ^{ème} année Univ. ou plus	18	5th year Univ. or more
4 ^{ème} G ou 3 ^{ème} A.T	09	Form 3			

**ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES
(MICS) 2006
QUESTIONNAIRE FEMME 15 – 49 ANS**

PANNEAU D'INFORMATIONS SUR LA FEMME**WM**

Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage).

*Inscrivez les numéros de grappe et de ménage, le nom et le numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous.
Inscrivez votre nom, votre code et la date de l'interview.*

WM1. Numéro de la grappe :	_ _ _ _
WM2. Numéro du ménage :	_ _ _ _
WM3. Nom de la femme : WM4. N° de ligne	_ _ _ _
WM5. Nom et code de l'Enquêtrice :	_ _ _ _
WM5A. Nom et code du Contrôleur :	_ _ _ _
WM6. Jour/Mois/Année de l'interview :	_ _ _ _ / _ _ _ _ /2006
WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli 1 Pas à la maison/absent 2 Refusé 3 Rempli partiellement 4 Incapacité 5 Autre (à préciser) 6
WM8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois _ _ _ _ NSP mois 98 Année _ _ _ _ NSP Année9998
WM9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	ÂGE (EN ANNEES REVOLUES) _ _ _ _

WM10. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2→WM14
WM11. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT?	Maternelle/CPC..... 0 Primaire 1 Post-primaire..... 2 Secondaire..... 3 Supérieur 4 Ecole Coranique 5 Programme non-formel 6	
WM12. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE AVEC SUCCES A CE NIVEAU ? (Voir codes en fin de questionnaire)	Classe..... _ _	
WM13. Vérifiez WM11: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <i>Maternelle/CPC, primaire, post-primaire, coranique ou programme non-formel</i> <input type="checkbox"/> ↓ <i>Continuez avec WM14</i> </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> <i>Secondaire ou supérieur</i> <input type="checkbox"/> → <i>Passez à WM14A</i> </div> </div>		
WM14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS 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 (EN FRANÇAIS ET/OU EN ANGLAIS)? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. <i>L'enfant lit un livre.</i> <i>The child is reading a book.</i> 2. <i>Les pluies sont en retard cette année.</i> <i>Rains are late this year.</i> 3. <i>Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.</i> <i>Parents must take care of their children.</i> 4. <i>Le travail des champs est dur.</i> <i>Farm labour is hard.</i>	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase..... 3 Aveugle/muette, problème de vue/audition..... 4	
WM14A. POUVEZ-VOUS LIRE DANS UNE LANGUE AUTRE QUE LE FRANÇAIS ET/OU L'ANGLAIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2→ MODULE SUIVANT
WM14B. SI OUI LESQUELLES ? AUTRE CHOSE ?	Langues étrangères Allemand..... A Arabe..... B Espagnol..... C Italien..... D Latin..... E Autre (à préciser)..... X Langues nationales Y Y Y	

MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE (TT)		TT
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête.</i>		
TT0. AVEZ-VOUS EU UNE NAISSANCE VIVANTE AU COURS DES DEUX DERNIERES ANNEES PRECEDANT L'ENQUETE ?	Oui 1 Non 2	2 → Module MA.
TT1. AVEZ-VOUS UN CARNET OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ? <i>S'il y a un carnet, il faut l'utiliser pour vous aider à répondre aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu) 1 Oui (carnet pas vu) 2 Non 3 NSP 8	
TT2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE C'EST-A-DIRE UNE PIQUE ANTI-TETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'EPAULE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 → TT5 8 → TT5
TT3. <i>Si Oui</i> : DURANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION ANTI-TETANIQUE ?	Nombre de fois __ __ NSP 98	98 → TT5
TT4. Combien de doses de VAT ont été enregistrées à la question TT3 ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><i>Moins de deux injections durant la dernière grossesse.</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Continuez avec TT5</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><i>Au moins deux injections durant la dernière grossesse.</i></p> <p><input type="checkbox"/> → Passez au module suivant</p> </div> </div>		
TT5. AVEZ-VOUS REÇU, N'IMPORTE QUAND AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 → MODULE SUIV. 8 → MODULE SUIV.
TT6. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION ?	Nombre de fois __ __ NSP 98	
TT7. EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ? <i>Passez au module suivant si l'année de l'injection est connue. Autrement continuez avec TT8.</i>	Mois __ __ NSP le mois 98 Année __ __ __ NSP l'année 9998	→ MODULE SUIV. → TT8
TT8. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANIQUE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE ?	Nombre d'année __ __ NSP 98	

MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE		MN															
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur l'anatoxine tétanique TT0 et inscrivez ici le nom du dernier enfant</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>																	
<p>MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NOM], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ? <i>Montrer la capsule de 200 000 UI ou le flacon</i></p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>→ MN2 → MN2</p>															
<p>MN1A. SI OUI, COMBIEN DE CAPSULES AVEZ-VOUS REÇUES ?</p>	<p>Nombre de capsules <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98</p>																
<p>MN1B. QUAND AVEZ-VOUS REÇU DE LA VITAMINE A ?</p>	<p>Le même jour et le lendemain 1 Le même jour et dans les 8 semaines suivant l'accouchement 2 Le même jour 3 Le lendemain 4 Les autres jours d'après 5 Autre (à préciser) 6</p>																
<p>MN1C. OU AVEZ-VOUS REÇU DE LA VITAMINE A ?</p>	<p>Sources publiques Hôpital 11 Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 12 Centre de santé intégré/CS/PMI 13 Autre public (à préciser) 16 Sources médicales privées Hôpital privé 21 Médecin privé 22 Pharmacie 23 Clinique 24 Autre médical (à préciser) 26 Autre source Parent(e) ou ami(e) 31 Vendeur de médicaments 32 Guérisseur traditionnel 33 Gic santé 34 Autre (à préciser) 96</p>																
<p>MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p>SI OUI : QUI AVEZ-VOUS CONSULTE ?</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insistez pour obtenir le type de personne(s) et enregistrez toutes les réponses</i></p>	<p>Professionnel de la santé : Médecin A IDEA/Sage-femme B IBA/Sage-femme auxiliaire C Aide soignante D Autre personne Accoucheuse traditionnelle E Agent de santé/communautaire F Parente/Amie G Autre (à préciser) X Personne Y</p>	<p>Y → MN7</p>															
<p>MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>MN3A. AVEZ-VOUS ETE PESEE ?</p> <p>MN3B. VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>MN3C. AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON D'URINE ?</p> <p>MN3D. AVEZ-VOUS DONNE DU SANG ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tension 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Urine 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sang 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids 1	1	2	Tension 1	1	2	Urine 1	1	2	Sang 1	1	2	
	Oui	Non															
Poids 1	1	2															
Tension 1	1	2															
Urine 1	1	2															
Sang 1	1	2															

MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MN5. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 → MN6A 8 → MN6A
MN6. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MN6A. DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2 → MN7 8 → MN7
MN6B. QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ? <i>Encerclez toutes les réponses mentionnées. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrez des antipaludéens typiques à l'enquêtee.</i> <i>AUTRE CHOSE ?</i>	Antipaludéens : SP(Fansidar, maloxine)..... A Chloroquine..... B Amodiaquine C Quinine D Artesunate..... E Amodiaquine et Artesunate F Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen..... R Autre (à préciser) X NSP Z	
MN6C. Vérifiez MN6B pour le type de médicament pris :		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> SP(Fansidar, Maloxine) pris. <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec MN6D </div> <div style="text-align: center;"> SP(Fansidar, Maloxine) pas pris. <input type="checkbox"/> → Passez à MN7 </div> </div>		
MN6D. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS LE MEDICAMENT SP/FANSIDAR PENDANT LA GROSSESSE ?	Nombre de fois __ __ NSP.....98	
MN7. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (NOM) ? QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insistez pour obtenir le type de personne. Encerclez tout ce qui est mentionné.</i>	Professionnel de la santé Médecin A IDEA/Sage-femme B IBA/Sage-femme auxiliaire..... C Aide soignante D Autre personne Accoucheuse traditionnelle E Agent de santé/communautaire F Parente/Amie G Autre (à préciser) X Personne Y	

<p>MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrivez le nom de l'endroit. Insistez pour déterminer le type de lieu et encerclez le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Votre domicile11</p> <p>Autre domicile12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital21</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 22</p> <p>Centre de santé intégré/CS/PMI.23</p> <p>Autre public (à préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé31</p> <p>Clinique privée32</p> <p>Maternité privée33</p> <p>Autre médical privé (à préciser) 36</p> <p>Autre (à préciser) 96</p>	
<p>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS(SE), PLUS GROS(SE) QUE LA MOYENNE, MOYEN(NE), PLUS PETIT(E) QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT(E) ?</p>	<p>Très gros(se) 1</p> <p>Plus gros(se) que la moyenne 2</p> <p>Moyen(ne)..... 3</p> <p>Plus petit(e) que la moyenne 4</p> <p>Très petit(e) 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN10. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2→MN12</p> <p>8→MN12</p>
<p>MN11. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrez le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>Du carnet ... 1 (kilogrammes) . </p> <p>De mémoire2 (kilogrammes) . </p> <p>NSP99998</p>	
<p>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2→MODULE SUIV.</p>
<p>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, notez '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, notez en heures.</i></p> <p><i>Autrement, notez en jours.</i></p>	<p>Immédiatement000</p> <p>Heures 1 </p> <p>ou</p> <p>jours2 </p> <p>NSP/Ne se rappelle pas.....998</p>	
<p>MN13A. AVEZ-VOUS DONNE A (nom), PENDANT LES TROIS PREMIERS JOURS DE SON EXISTENCE, LE LAIT MATERNEL DE COULEUR JAUNATRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

MODULE SUR L'UNION/MARIAGE		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→MA3
MA2. QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues _ _ NSP98	
MA2A. EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES EN PLUS DE VOUS-MEME ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MA4A 8⇒MA4A
MA2B. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre _ _ NSP98	⇒MA4A 98⇒MA4A
MA3. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME MARI ET FEMME ?	Oui, a été mariée 1 Oui, a vécu avec un homme 2 Non 3	3→MODULE SUIV.
MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA4A. QUI A CHOISI VOTRE MARI/PARTENAIRE ?	Moi-même. 1 Père/Mère. 2 Beau Père/Belle Mère. 3 Frère/Sœur 4 Beau Frère/Belle Sœur. 5 Autre (à préciser) 6 Ami/Amie 7	
MA5. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ? <i>(même s'il s'agit d'un remariage ou d'une reprise de vie commune, avec la même personne)</i>	Une fois 1 Plus d'une fois 2	
MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE <u>LA PREMIERE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE <u>LA PREMIERE FOIS</u> AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Mois _ _ NSP le mois98 Année _ _ _ NSP l'année.....9998	
MA7. Vérifiez MA6 : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><i>Le mois ou l'année de mariage/ union n'est pas connu(e) ?</i></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Continuez avec MA8</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><i>Le mois et l'année de mariage/ union sont connus ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> → Passez à ST1</p> </div> </div>		
MA8. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues _ _	

MODULE SUR LA SECURITE DE LA PROPRIETE		ST
ST1. VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSEE DE CETTE HABITATION ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	

MODULE SUR LA CONTRACEPTION		CP
<p>MAINTENANT JE VAIS CHANGER DE SUJET. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE VOTRE SANTE REPRODUCTIVE. JE SAIS QU'IL S'AGIT D'UN SUJET DIFFICILE A DISCUTER, MAIS IL EST IMPORTANT QUE NOUS OBTENIONS CETTE INFORMATION. BIEN ENTENDU, TOUS LES RENSEIGNEMENTS QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELS. VOUS NE SEREZ JAMAIS IDENTIFIEE A PARTIR DE VOS REPONSES A CES QUESTIONS.</p>		
<p>CP0. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE ET DE LA SANTE REPRODUCTIVE.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2→HA1</p>
<p>CP1. ETES-VOUS ENCEINTE ACTUELLEMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte..... 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas sûre ou NSP 8</p>	<p>2→CP2</p> <p>8→CP2</p>
<p>CP1A. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ?</p>	<p>À ce moment..... 1</p> <p>Plus tard..... 2</p> <p>Ne voulait plus d'enfants..... 3</p>	<p>1→CP3A</p> <p>2→CP3A</p> <p>3→CP3A</p>
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT UN MOYEN QUELCONQUE OU ESSAYER QUELQUE CHOSE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2→CP3A</p>
<p>CP3. QUELLE(S) METHODE(S) UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Ne suggérez pas.</i> <i>Si plus d'une méthode mentionnée, encerclez tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine.....A</p> <p>Stérilisation masculineB</p> <p>Pilule.....C</p> <p>DIU (Stérilet)D</p> <p>Injections.....E</p> <p>ImplantsF</p> <p>Condom masculinG</p> <p>Condom féminin.....H</p> <p>DiaphragmeI</p> <p>Mousse/geléeJ</p> <p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)K</p> <p>Abstinence périodiqueL</p> <p>RetraitM</p> <p>Autre (à préciser)X</p>	
<p>CP3A. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE PAR LE PASSE UN MOYEN QUELCONQUE OU ESSAYE QUELQUE CHOSE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2→MODULE SUIV.</p>
<p>CP3B. QUELLE(S) METHODE(S) AVEZ-VOUS UTILISEE(S) PAR LE PASSE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Ne suggérez pas.</i> <i>Si plus d'une méthode mentionnée, encerclez tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine.....A</p> <p>Stérilisation masculineB</p> <p>Pilule.....C</p> <p>DIU (Stérilet)D</p> <p>Injections.....E</p> <p>ImplantsF</p> <p>Condom masculinG</p> <p>Condom féminin.....H</p> <p>DiaphragmeI</p> <p>Mousse/geléeJ</p> <p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)K</p> <p>Abstinence périodiqueL</p> <p>RetraitM</p> <p>Autre (à préciser)X</p>	

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL		SB
Vérifiez la présence d'autres personnes. Avant de continuer l'interview, faites tout votre possible pour vous trouver en privé.		
SB0. Vérifiez WM9: Âge de l'enquêtée entre 15 et 24 ans ?		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Oui, âgée de 15 à 24 ans <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec SB1 </div> <div style="width: 45%;"> Non, âgée de 25 à 49 ans <input type="checkbox"/> → Passez au module suivant </div> </div>		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE FAMILIALE. L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?	N'a jamais eu d'activité sexuelle00 Age en années révolues _ _ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire95	00 → MODULE SUIVANT
SB2. IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ? <i>Enregistrez en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus.</i>	Nombre de jours 1 _ _ _ Nombre de semaines 2 _ _ _ Nombre de mois 3 _ _ _ Nombre d'années 4 _ _ _	4 → MODULE SUIV.
SB3. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui 1 Non 2	
SB4. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'HOMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ? <i>Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demandez : VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? Si 'Oui', encerclez 1. Si 'Non', encerclez 2.</i>	C'est mon mari / partenaire cohabitant 1 C'est mon ami / fiancé 2 C'est un autre ami 3 C'est une rencontre occasionnelle 4 Autre (à préciser) 6	1 → SB6
SB5. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE ? <i>Si la réponse est NSP, insistez : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</i>	Âge du partenaire _ _ _ NSP98	
SB6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2	2 → MODULE SUIV.
SB7. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui 1 Non 2	
SB8. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ? <i>Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demandez : Votre petit ami/ fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ? Si 'Oui', encerclez 1. Si 'Non', encerclez 2.</i>	C'est mon mari / partenaire cohabitant 1 C'est mon ami / fiancé 2 C'est un autre ami 3 C'est une rencontre occasionnelle 4 Autre (à préciser) 6	1 → SB10
SB9. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si la réponse est NSP, insistez : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</i>	Âge du partenaire _ _ _ NSP98	

SB10. MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2 → MODULE SUIV.
SB11. EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFERENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? <i>Si 97 partenaires ou plus, inscrivez 97</i>	Nombre de partenaires <input type="text"/> NSP 98	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.	Oui 1 Non 2	2 → MODULE SUIV.
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?		
HA2. D'APRES-VOUS, PEUT-ON REDUIRE LE 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. D'APRES-VOUS, PEUT-ON CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR LA SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA4. D'APRES-VOUS, PEUT-ON REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA5. D'APRES-VOUS, PEUT-ON CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA6. D'APRES-VOUS, PEUT-ON REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA7. D'APRES-VOUS, PEUT-ON CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA7A. D'APRES-VOUS, PEUT-ON CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQUE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse 1 2 8	
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement 1 2 8	
HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UN(E) ENSEIGNANT(E) A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'IL/ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'IL/ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISE(E) OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	

HA11. 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	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE DEVIENT INFECTEE PAR LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA14. Vérifiez MN5: la femme a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> Non (Ou MN5 non posée). <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec HA15 </div> <div style="width: 45%; text-align: right;"> Oui, a effectué le test. <input type="checkbox"/> → Passez à HA18b </div> </div>		
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2 → HA18
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA17. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL IMPOSE ?	A demandé le test 1 Proposé et accepté 2 Imposé 3	1 → MODULE SUIV. 2 → MODULE SUIV. 3 → MODULE SUIV.
HA18. a) EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ? <i>Si elle a effectué le test du VIH dans le cadre des soins prénatals, posez la question b) et passez au module suivant :</i> b) EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
HA18A. POURQUOI N'AVEZ-VOUS PAS EFFECTUE DE TEST POUR CONNAITRE VOTRE STATUT SEROLOGIQUE ?	Ne sait pas où faire le test 1 Ne veut pas 2 Peur de connaître son statut 3 Ne voit pas l'utilité 4 Opposition/refus du partenaire 5 Autre raison (à préciser) 6 Test cher 7	
HA18B. AIMERIEZ-VOUS FAIRE LE TEST ?	Oui 1 Non 2	

MODULE SUR LA PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT		WD
Ce module s'adresse à toutes les femmes âgées de 15 - 49 ans.		
MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOS ACTIVITES AU SEIN DU MENAGE ET DANS LA COMMUNAUTE.		
WD1. QUEL EST VOTRE TYPE D'OCCUPATION, C'EST-A-DIRE QUEL GENRE DE TRAVAIL FAITES-VOUS PRINCIPALEMENT ? <i>Laissez l'enquêtrice décrire ce qu'elle fait et encerclez le code correspondant</i>	Ménage/travaux domestiques.....1 Ecole/études.....2 Sans occupation.....3 Secteurs d'activités Agriculture.....4 Industrie.....5 Commerce.....6 Services et Administration.....7 Autre (à préciser).....8	4 → WD3 5 → WD3 6 → WD3 7 → WD3
WD2. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE QUI VOUS RAPPORTE DES RESSOURCES EN NATURE OU EN ESPECES ?	Oui.....1 Non.....2	2 → WD3
WD2A. Si Oui, QUE FAITES VOUS D'AUTRE ?	Agriculture.....1 Industrie.....2 Commerce.....3 Services et Administration.....4 Autre (à préciser).....6	
WD3. EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUT OU PARTIE DE VOS PROPRES DEPENSES ?	Oui 1 Non 2	2 → WD4
WD3A. Si Oui, LES DEPENSES DE QUELLE NATURE ? AUTRE CHOSE ? <i>Insistez sur le type de dépenses et encerclez le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité.</i> Mais ne suggérez pas de réponse.	Alimentation.....A Habillement.....B Education.....C Santé et soins personnels.....D Autre (à préciser).....X	
WD4. EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUT OU PARTIE DES DEPENSES DU MENAGE ?	Oui 1 Non 2	2 → WD5
WD4A. Si Oui, LES DEPENSES DE QUELLE NATURE ? AUTRE CHOSE ? <i>Insistez sur le type de dépenses et encerclez le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité.</i> Mais ne suggérez pas de réponse.	Alimentation.....A HabillementB EducationC Santé et soins personnels.....D Equipement de la maison.....E Logement.....F Autre (à préciser).....X	
WD5. ASSUMEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE QUELCONQUE DANS VOTRE QUARTIER/VILLAGE/VILLE ?	Oui.....1 Non.....2	2 → WD6

WD5A. SI OUI, LAQUELLE ?	Chef de bloc.....1 Chef de quartier.....2 Chef de village3 Maire/conseiller municipal.....4 Député5 Autre (à préciser)6																															
WD6. ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UNE MAISON QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ?	Oui, avec titre foncier.....1 Oui, sans titre foncier.....2 Non.....3																															
WD7. ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN NON BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ?	Oui, avec titre foncier.....1 Oui, sans titre foncier.....2 Non.....3																															
WD8. ETES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION : <i>Lisez chaque type d'association et encerclez le code correspondant à la réponse de l'enquêtée.</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Culturelle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Religieuse ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Politique ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Tontine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Comité de développement ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Sportive ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Amicale ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Professionnelle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) Autre (à préciser) _____</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	a) Culturelle ?	1	2	b) Religieuse ?	1	2	c) Politique ?	1	2	d) Tontine ?	1	2	e) Comité de développement ?	1	2	f) Sportive ?	1	2	g) Amicale ?	1	2	h) Professionnelle ?	1	2	i) Autre (à préciser) _____	1	2	Si 2 PARTOUT PASSEZ A WD10 1 → WD8A
	Oui	Non																														
a) Culturelle ?	1	2																														
b) Religieuse ?	1	2																														
c) Politique ?	1	2																														
d) Tontine ?	1	2																														
e) Comité de développement ?	1	2																														
f) Sportive ?	1	2																														
g) Amicale ?	1	2																														
h) Professionnelle ?	1	2																														
i) Autre (à préciser) _____	1	2																														
WD8A. Si le code 1 est encerclé pour WD8h), demandez LESQUELLES ?	_____ _____ _____																															
WD9. EXERCEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE DANS L'UNE AU MOINS DE CES ASSOCIATIONS ?	Oui.....1 Non.....2																															
WD10. AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS OBTENU UN CREDIT ?	Oui.....1 Non.....2	2 → WD12																														
WD10A. A QUOI A SERVI PRINCIPALEMENT LE DERNIER CREDIT OBTENU ?	Scolarité 1 Maladie 2 Obsèques/funérailles.....3 Mariage/baptême/anniversaire 4 Accouchement 5 Construction ou amélioration de l'habitat ... 6 Activité génératrice de revenu 7 Autre (à préciser) 8																															
WD11. QUELLE A ETE L'ORIGINE DU DERNIER CREDIT QUE VOUS AVEZ OBTENU ?	Banque.....1 Coopérative d'Epargne et de Crédit.....2 Tontine3 Parents/Amis.....4 Organisme de financement.....5 Autre (à préciser)6 Association professionnelle7																															

WD12. Allocation du temps quotidien au cours de la semaine écoulée

Au cours des 7 derniers jours, combien d'heures avez-vous consacré aux activités ci-après								
Rang du jour		Hier	Il y a 2 jours	Il y a 3 jours	Il y a 4 jours	Il y a 5 jours	Il y a 6 jours	Il y a 7 jours
Date du jour dans la semaine (par exemple lundi, mardi, etc.)								
A. ACTIVITES DE PRODUCTION	1- Travail salarié	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	2- Travail productif à propre compte/patron	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	3- Autres travaux de production (apprenti/ aide familial)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
B ACTIVITES DOMESTIQUES	4- Travaux de cuisine	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	5- Travaux de collecte eau/bois/etc.	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	6- Nettoyage/ lavage/soins des enfants/courses	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	7- Autres travaux domestiques	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
C. ACTIVITES SOCIO-CULTURELLES ET SCOLAIRES	8- Participation aux réunions diverses	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	9- Assistance à des événements/ cérémonies diverses	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	10- Etudes scolaires	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	11- Autres activités socioculturelles (prière, culte, danse traditionnelle, etc.)	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
A. ACTIVITES DE LOISIRS ET REPOS	12- Déplacements pour visites diverses	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	13- Sport/cinéma/spectacle/ théâtre/Média	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	14- Autres activités de loisirs	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
	15- Sommeil et repos	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□
Total		□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□	□□□

WD13. ETES-VOUS MERE D'UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS ET/OU AVEZ-VOUS DANS CE MENAGE LA CHARGE D'ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ?

☐ Oui → Passez au questionnaire des enfants de moins de 5 ans et administrez un questionnaire à part pour chaque enfant de moins de 5 ans dont elle est en charge.

☐ Non → Continuez avec WD14

WD14. Y a-t-il une autre femme éligible qui habite dans le ménage ?

☐ Oui → Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération et PASSEZ A UN AUTRE QUESTIONNAIRE FEMME (15 - 49 ANS) pour l'administrer à la femme éligible suivante.

☐ Non → Terminez l'interview avec la femme en la remerciant de sa coopération et PASSEZ A WD14A.

WD14A. Y a-t-il un enfant éligible (moins de 5 ans) dans le ménage dont la personne en charge n'a pas été interrogée ?

☐ Oui → Cochez la case et ADMINISTREZ LUI UN QUESTIONNAIRE ENFANT au titre de l'enfant dont elle a la charge.

☐ Non → Cochez la case et inscrivez le nombre de questionnaires femmes remplis sur la page de garde du QUESTIONNAIRE MENAGE (HH13 : Nombre de femmes enquêtées) dans les cases réservées à cet effet. Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants de leur coopération.

Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page de garde.

Table d'équivalence dernière classe suivie avec succès-nombre d'années d'études

Système francophone	Nombre d'années d'études	Système anglophone	Système francophone	Nombre d'années d'études	Système anglophone
Jamais fréquenté	00	Never gone to school	3 ^{ème} G ou 4 ^{ème} A.T	10	Form 4
Maternel/SIL	01	Nursery/Class1/Class 2	2 nd G. ou T	11	Form 5
CP/CPS	02	Class 3	1 ^{ère} G. ou T	12	Lower sixth
CE1	03	Class 4	Tle G. ou T	13	Upper sixth
CE2	04	Class 5	1 ^{ère} année Univ.	14	1st year Univ.
CM1	05	Class 6	2 ^{ème} année Univ.	15	2nd year Univ.
CM2	06	Class 7	3 ^{ème} année Univ.	16	3rd year Univ.
6 ^{ème} G ou 1 ^{ère} A.T	07	Form 1	4 ^{ème} année Univ.	17	4th year Univ.
5 ^{ème} G ou 2 ^{ème} A.T	08	Form 2	5 ^{ème} année Univ. ou plus	18	5th year Univ. or more
4 ^{ème} G ou 3 ^{ème} A.T	09	Form 3			

ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES (MICS) 2006

QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

PANNEAU D'INFORMATIONS SUR L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les personnes en charge (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec celles-ci (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

Inscrivez les numéros de grappe et de ménage, et les noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/personne en charge dans l'espace ci-dessous. Inscrivez votre nom, votre code et la date de l'interview.

UF1. Numéro de la grappe :	_____
UF2. Numéro du ménage :	_____
UF3. Nom de l'enfant : _____ UF4. N° de ligne	_____
UF5. Nom de la mère/personne en charge : _____ UF6. N° de ligne	_____
UF7. Nom et code de l'Enquêtrice : _____	_____
UF7A. Nom et code du Contrôleur : _____	_____
UF8. Jour/Mois/Année de l'interview :	/ ____ / ____ / 2006 /
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/personne en charge)	Rempli..... 1 Pas à la maison/absent..... 2 Refusé..... 3 Rempli partiellement 4 Incapacité..... 5 Autre (à préciser) 6

<p>UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS.</p> <p>JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p>Insistez : QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/personne en charge connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encerclez 98 pour jour.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ____ </p> <p>NSP jour.....98</p> <p>Mois..... ____ </p> <p>Année..... ____ </p>
<p>UF11. QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Inscrivez l'âge en années révolues.</p>	<p>Âge en années révolues..... _0_ </p>

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE																																												
				BR																																								
BR1. (Nom) A-T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu.....1 Oui, pas vu.....2 Non.....3 NSP.....8	1→BR5																																										
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T- ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1→BR5 8→BR4																																										
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher01 C'est trop loin02 S'est rappelé tard03 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée...04 Ne voulait pas payer d'amende.....05 Ne sait pas où l'enregistrer.....06 Ne voit pas l'utilité07 Autre (à préciser)96 NSP.....98																																											
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui.....1 Non.....2																																											
BR5. Vérifiez l'âge de l'enfant à la question UF11: l'enfant est-il âgé de 3 ou 4 ans ?																																												
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>Oui, l'enfant est âgé de 3 ou 4 ans</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Continuez avec BR6</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Non</p> <p><input type="checkbox"/> → Passez à BR8</p> </div> </div>																																												
BR6. (Nom) FREQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2→BR8 8→BR8																																										
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures _ _																																											
<p>BR8. DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPE OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si Oui, demandez : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LE/LA PERSONNE EN CHARGE/ENQUETE(E))?</i></p> <p><i>Encerclez toutes les réponses.</i></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère/per sonne en charge</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Personn e</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom) ?</td> <td>Livres A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ?</td> <td>Contes A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom) ?</td> <td>Chan sons A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8D. PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE ?</td> <td>Sortir en dehors A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8E. JOUER AVEC (nom) ?</td> <td>Jouer avec A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?</td> <td>Passer du temps A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>BR8G. REMPLIR AVEC (NOM) LES CAHIERS D'ACTIVITE DE FRANCAIS, DE MATHEMATIQUES ET DE COLORIAGE</td> <td>Cahiers d'activité A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>						Mère/per sonne en charge	Père	Autre	Personn e	BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom) ?	Livres A	B	X	Y	BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ?	Contes A	B	X	Y	BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom) ?	Chan sons A	B	X	Y	BR8D. PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE ?	Sortir en dehors A	B	X	Y	BR8E. JOUER AVEC (nom) ?	Jouer avec A	B	X	Y	BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Passer du temps A	B	X	Y	BR8G. REMPLIR AVEC (NOM) LES CAHIERS D'ACTIVITE DE FRANCAIS, DE MATHEMATIQUES ET DE COLORIAGE	Cahiers d'activité A	B	X	Y
	Mère/per sonne en charge	Père	Autre	Personn e																																								
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (nom) ?	Livres A	B	X	Y																																								
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ?	Contes A	B	X	Y																																								
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom) ?	Chan sons A	B	X	Y																																								
BR8D. PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE ?	Sortir en dehors A	B	X	Y																																								
BR8E. JOUER AVEC (nom) ?	Jouer avec A	B	X	Y																																								
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Passer du temps A	B	X	Y																																								
BR8G. REMPLIR AVEC (NOM) LES CAHIERS D'ACTIVITE DE FRANCAIS, DE MATHEMATIQUES ET DE COLORIAGE	Cahiers d'activité A	B	X	Y																																								

MODULE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
<i>La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/personne en charge</i>		
CE1. COMBIEN DE LIVRES Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de livres pour adultes..... 0 Dix livres pour adultes ou plus..... 10	
CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ? <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de livres pour enfants..... 0 Dix livres pour enfants ou plus..... 10	
CE3. JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST À LA MAISON. AVEC QUOI (<i>nom</i>) JOUE-T-IL/ELLE ? EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATS, TASSES, POTS ? OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLAGE ? JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON COMME POUPÉES, VOITURES ET AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON ? JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN ? <i>Si l'enquête(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insistez pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i> <i>Encerclez le code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i>	Objets pour le ménage (vaisselle, plats, tasses, pots).....A Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage).....B Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison).....C Jouets achetés dans un magasin.....D Pas de jouets mentionnés.....Y	
CE4. QUELQUES FOIS, LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON SOIT POUR ALLER FAIRE DES COURSES OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT CONFIER LES ENFANTS À D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS (JOUR DE LA SEMAINE) DERNIER COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS)? <i>Si aucun, enregistrez 00</i>	Nombre de fois	
CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E) ? <i>Si aucune fois, enregistrez 00</i>	Nombre de fois	

MODULE SUR LA VITAMINE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> <i>100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois,</i> <i>200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.</i>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2➔MODULE SUIV. 8➔MODULE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois NSP 98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL/ELLE REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination..... 3 Autre (à préciser) 6 NSP 8	1➔MODULE SUIV. 2➔VA3A 3➔MODULE SUIV. 6➔MODULE SUIV. 8➔MODULE SUIV.
VA3A. DE QUELLE MALADIE SOUFFRAIT-IL/ELLE ?	Infections respiratoires aiguës1 Rougeole2 Malnutrition3 Diarrhée.....4 Autre maladie (à préciser).....6	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF
BF1. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE ALLAITE AU SEIN ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2→BF3 8→BF3
BF2. (nom) EST-IL ENCORE ALLAITE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	2→MODU-LE SUIV.
Vérifiez l'âge de l'enfant à la question UF11: l'âge de l'enfant est-il compris entre 0 et 35 mois (moins de 3 ans) ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Oui, l'âge de l'enfant est compris entre 0 et 35 mois <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec BF2A </div> <div style="text-align: center;"> Non <input type="checkbox"/> → Passez au module suivant </div> </div>		
BF2A. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, EST-CE QUE (NOM) A ETE NOURRI(E) AU SEIN ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1→BF3 8→BF3
BF2B. POURQUOI N'A-T-IL/ELLE PAS ETE NOURRI(E) AU SEIN ?	Enfant malade 1 Refuse de téter 2 Mère malade 3 Mère absente 4 NSP 8	
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : <i>Lisez à haute voix le nom de chaque élément et enregistrez la réponse avant de passer à l'élément suivant.</i>		O N NSP
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DE MEDICAMENTS ? BF3B. EAU ? BF3C. EAU SUCREE, OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION ? BF3D. SEL DE REHYDRATATION ORALE/ SOLUTION SUCREE SALEE ? BF3E. PREPARATION POUR BEBES COMMERCIALISEE ? BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS ? BF3G. AUTRES LIQUIDES ? BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ? BF3I. FROMAGE OU YAOURT ?	A. Suppléments de vitamines 1 2 8 B. Eau 1 2 8 C. Eau sucrée ou jus 1 2 8 D. Sel de Réhydratation Orale/Solution Sucrée Salée 1 2 8 E. Préparation 1 2 8 F. Lait 1 2 8 G. Autres liquides 1 2 8 H. Aliment solide ou semi-solide..... 1 2 8 I. Fromage ou yaourt 1 2 8	
BF4. Vérifiez BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> Oui <input type="checkbox"/> ↓ Continuez avec BF5 </div> <div style="text-align: center;"> Non ou NSP <input type="checkbox"/> → Passez au Module Suivant </div> </div>		
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL/ELLE MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES OU DES PUREES AUTRES QUE DES LIQUIDES ?	Nombre de fois ___ Ne sait pas 8	
Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.		

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère, ou personne en charge, ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2→CA5</p> <p>8→CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ A (<i>nom</i>) AU MOINS L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p><i>Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passez au produit suivant.</i></p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET DE SRO (ORASEL PAR EXEMPLE) ?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDÉ PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ ?</p>	<p>O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8</p> <p>B. Liquide maison.....1 2 8</p> <p>C. Liquide SRO préemballé.....1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHÉE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insistez :</i> BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien.....1</p> <p>Beaucoup moins.....2</p> <p>Un peu moins.....3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus.....5</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHÉE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNÉ À MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insistez :</i> BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien.....1</p> <p>Beaucoup moins.....2</p> <p>Un peu moins.....3</p> <p>Environ la même quantité.....4</p> <p>Plus.....5</p> <p>NSP.....8</p>	
<p>CA4A. OU AVEZ-VOUS OBTENU LE SACHET DE SRO ?</p>	<p>Sources publiques</p> <p>Hôpital11</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 12</p> <p>Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI13</p> <p>Autre public (<i>à préciser</i>).....16</p> <p>Sources médicales privées</p> <p>Hôpital privé21</p> <p>Médecin privé22</p> <p>Pharmacie23</p> <p>Clinique24</p> <p>Autre médical (<i>à préciser</i>).....26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e)31</p> <p>Vendeur de médicaments32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>Gic santé34 ...</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>).....96</p> <p>Non concerné.....99</p>	<p>99→CA5</p>

CA4B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE SACHET DE SRO ? MONTANT EN FCFA	Montant..... _ _ _ _ _ Gratuit.....9996 NSP.....9998	
CA5. EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT DE LA TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2→CA12 8→CA12
CA6. QUAND (nom) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2→CA12 8→CA12
CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, LE NEZ QUI ETAIT BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème dans la poitrine.....1 Nez bouché ou qui coule.....2 Les deux.....3 Autre (à préciser).....6 NSP.....8	2→CA12 6→CA12
CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2→CA10 8→CA10
CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ? QUELQUE PART AILLEURS <i>Encerclez tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i> <i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrivez le nom de l'endroit. Insistez pour déterminer le type de source et encerclez le code approprié.</i> _____ (Nom de l'endroit) _____ (Nom de l'endroit) _____ (Nom de l'endroit)	Sources publiques HôpitalA Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) ..B Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI.....C Autre public (à préciser).....H Sources médicales privées Hôpital privé.....I Médecin privéJ PharmacieK CliniqueL Autre médical (à préciser).....O Autre source Parent(e) ou ami(e)P Vendeur de médicamentsQ Guérisseur traditionnelR Gic SantéS ... Autre (à préciser).....X	
CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2→CA12 8→CA12
CA11. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez tous les médicaments mentionnés.</i>	Traitement antibiotique.....A Paracétamol/ Efferalgan.....B Aspirine.....C Ibuprofen.....D Amodiaquine.....E Artesunate.....F Amodiaquine et Artesunate.....G Vitamine A.....H Autre (à préciser).....X NSP.....Z	

<p>CA11A. OU AVEZ-VOUS RECU/PAYE LES ANTIBIOTIQUES?</p> <p><i>Vérifiez que la modalité 'A' a été encadrée à CA11.</i></p>	<p>Sources publiques</p> <p>Hôpital 11</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA) 12</p> <p>Centre de santé intégré (CSI)/CS/PMI..... 13</p> <p>Autre public (à préciser)..... 16</p> <p>Sources médicales privées</p> <p>Hôpital privé 21</p> <p>Médecin privé 22</p> <p>Pharmacie 23</p> <p>Clinique 24</p> <p>Autre médical (à préciser)..... 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e) 31</p> <p>Vendeur de médicaments 32</p> <p>Guérisseur traditionnel 33</p> <p>Gic santé 34</p> <p>Autre (à préciser)..... 96</p> <p>Non concerné..... 99</p>	
<p>CA11B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LES ANTIBIOTIQUES ?</p> <p><i>Vérifiez que la modalité 'A' a été encadrée à CA11.</i></p>	<p>Montant </p> <p>Gratuit 9996</p> <p>NSP 9998</p>	
<p>CA12. Vérifiez UF11 : L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</p> <p>Oui, l'enfant est âgé de moins de 3 ans</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> <p>Continuez avec CA13</p> <p>Non</p> <p><input type="checkbox"/> → Passez à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines 01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines 02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé 03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (à préciser)..... 96</p> <p>NSP 98</p>	
<p><i>Posez à chaque personne en charge d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i></p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Continuez à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</i></p> <p><i>Encerclez tous les symptômes mentionnés.</i></p> <p><i>Mais ne lui faites pas de suggestions.</i></p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter..... A</p> <p>L'enfant devient de plus en plus malade B</p> <p>L'enfant développe une fièvre C</p> <p>L'enfant a une respiration rapide..... D</p> <p>L'enfant a des difficultés à respirer..... E</p> <p>L'enfant a du sang dans les selles F</p> <p>L'enfant boit difficilement..... G</p> <p>L'enfant fait la diarrhée et/ou vomit H</p> <p>Autre (à préciser)..... X</p> <p>Autre (à préciser)..... Y</p> <p>Autre (à préciser)..... Z</p>	

MODULE SUR LE PALUDISME		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML10 8→ML10
ML2. (NOM) A-IL/ELLE ETE CONSULTE(E) DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE POUR CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML6 8→ML6
ML3. (Nom) A-IL/ELLE PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML5 8→ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP(Fansidar, Maloxine).....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Artesunate.....E Amodiaquine et Artesunate F Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (à préciser).....X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1→ML7 2→ML8 8→ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→ML8 8→ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? AUTRE CHOSE ? <i>Encerclez les codes de tous les médicaments donnés. Demandez à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu.</i>	Antipaludéens : SP(Fansidar, Maloxine).....A Chloroquine.....B Amodiaquine.....C Quinine.....D Artesunate.....E Amodiaquine et Artesunate F Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/ Acetaminophen P Aspirine Q Ibuprofen R Autre (à préciser).....X NSP Z	
ML8. Vérifiez ML4 et ML7 : Antipaludéens mentionnés (codes A - H) ?		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>Oui, codes A à H mentionnés</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Continuez avec ML9</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>Non</p> <p><input type="checkbox"/> → Passez à ML10</p> </div> </div>		

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut citer tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrez le code du jour où l'antipaludéen a été donné pour la première fois.</i></p>	<p>Même jour 0</p> <p>Le jour suivant 1</p> <p>2 jours après la fièvre..... 2</p> <p>3 jours après la fièvre..... 3</p> <p>4 jours ou plus après la fièvre 4</p> <p>NSP 8</p>	
<p>ML9A. OU AVEZ-VOUS RECU/PAYE L'ANTIPALUDEEN ?</p>	<p>Sources publiques</p> <p>Hôpital11</p> <p>Centre médicalisé d'arrondissement (CMA)12</p> <p>CSI/CS/PMI.....13</p> <p>Autre public (à préciser).....16</p> <p>Sources médicales privées</p> <p>Hôpital privé21</p> <p>Médecin privé.....22</p> <p>Pharmacie23</p> <p>Clinique24</p> <p>Autre privé médical (à préciser).....26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e).....31</p> <p>Vendeur de médicaments.....32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>GIC Santé34</p> <p>Autre privé médical (à préciser).....96</p>	
<p>ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR L'ANTIPALUDEEN ?</p> <p>(EN FCFA)</p>	<p>Montant..... _ _ _ _ </p> <p>Gratuit 9996</p> <p>NSP 9998</p>	
<p>ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2➔MODULE SUIV.</p> <p>8➔MODULE SUIV.</p>
<p>ML11.DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrivez '00'.</i></p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	<p>Mois _ _ </p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre..... 98</p>	

<p>ML12. QUEL EST LE TYPE DE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES :</p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES :</p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p>	<p>Moustiquaire permanente : 1</p> <p>Moustiquaire imprégnée : 2</p> <p>Autre moustiquaire : (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ➔ MODULE SUIV.</p> <p>2 ➔ ML14</p>
<p>ML13. LORSQUE VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP /pas sûre 8</p>	
<p>ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPEE(S) OU PLONGEE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ➔ MODULE SUIV.</p> <p>8 ➔ MODULE SUIV.</p>
<p>ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i></p> <p><i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insistez pour déterminer si la moustiquaire a été imprégnée/trempée il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois </p> <p>Plus de 24 mois 95</p> <p>Pas sûre/NSP 98</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION										IM
<i>Si un carnet de vaccination est disponible, copiez dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin et de dose de vitamine inscrites dans le carnet. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites dans le carnet. Ces questions seront posées seulement quand il n'y a pas de carnet de vaccination disponible.</i>										
IM1.Y A-T-IL UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?					Oui, vu..... 1 Oui, pas vu..... 2 Non 3					2→IM10 3→IM10
(a) Copiez les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet. Écrivez '44' dans la colonne 'jour' si le carnet indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée. Inscrivez 00 dans la colonne 'jour' si le carnet n'indique que le mois et l'année de la vaccination.					Date de vaccination					
					JOUR	MOIS		ANNÉE		
IM2. BCG	BCG									
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0									
IM3B. POLIO 1	VPO1									
IM3C. POLIO 2	VPO2									
IM3D. POLIO 3	VPO3									
IM4A. DTCOQ 1	DTCOQ1									
IM4B. DTCOQ 2	DTCOQ2									
IM4C. DTCOQ 3	DTCOQ3									
IM5A. HEPATITE B (1)	HEP1									
IM5B. HEPATITE B (2)	HEP2									
IM5C. HEPATITE B (3)	HEP3									
IM6. ROUGEOLE (OU VAR OU ROUVAX OU ROR)	ROUGEOLE									
IM7. FIEVRE JAUNE (OU VAA)	FJ									
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1									
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2									
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? <i>Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments en Vitamine A.</i>					Oui 1 <i>(Insistez sur le type de vaccin et enregistrez '66' dans colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B).</i> Non 2 NSP..... 8					1→IM19 2→IM19 8→IM19
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?					Oui 1 Non 2 NSP..... 8					2→IM19 8→IM19

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM15 8→IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines) 1 Plus tard 2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM17 8→IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU VAR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui 1 Non 2 NSP 8	
IM18A. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE L'HEPATITE » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE ? (DONNEE QUELQUEFOIS AVANT 5 ANS).	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM18C 8→IM18C
IM18B. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
IM18C. EST-CE QUE (NOM) A RECU DE LA VITAMINE A ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2→IM19 8→IM19
IM18D. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM19A. JOURNEE NATIONALE DE VACCINATION	JNV 1	O N NSP 1 2 8
IM19B. ACTIVITE DE ROUTINE	ACTIVITE DE ROUTINE 1	1 2 8
IM19C. AUTRE CAMPAGNE	AUTRE CAMPAGNE 1	1 2 8

IM20. Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/personne en charge ?
Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.

☐ Oui ➔ Fin du présent questionnaire ; et puis

Passer au **QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS 5 ANS** pour l'administrer à l'enfant éligible suivant.

☐ Non ➔ Fin de l'interview. Remerciez l'enquêté(e) de sa collaboration.

Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passez au **MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE**.

MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE		AN
Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrivez 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. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifiez l'âge de l'enfant en UF11 : <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. ➔ Mesure de la taille en position allongée. <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. ➔ Mesure de la taille en position debout.	Taille (cm) Position allongée 1 . Taille (cm) Position debout 2 .	
AN3. Code d'identification du mesureur	Numéro de code	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus 3 Autre (à préciser) 6	

AN5. 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 ➔ Fin de l'interview avec ce ménage. Remerciez tous les participants de leur collaboration.

Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page de garde. Inscrivez le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Identification du questionnaire ménage.