

## Annexe F1: QUESTIONNAIRE MENAGE



QUESTIONNAIRE MENAGE  
Version française

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE DU  
CONGO

PANNEAU D' INFORMATION SUR LE MENAGE		HH
HH1. Numéro de Grappe: _____	HH2. Numéro du ménage: _____	
HH3. Nom et numéro de l'enquêteur: Nom _____	HH4. Nom et numéro du chef d'équipe: Nom _____	
HH5. Jour / Mois /Année de l'enquête: _____/_____/201__	HH7. DEPARTEMENT : _____	
HH6. MILIEU DE RESIDENCE: Urbain ..... 1 Rural ..... 2	KOUILLOU ..... 01 ; NIARI .....02 ; LEKOU MOU .....03 ; BOUENZA ... 04 ; POOL .... 05 ; PLATEAUX... .. 06 ; CUVETTE ..... 07 ; CUVETTE-OUEST ... 08 ; SANGHA ..... 09 ; LIKOUALA ..... 10 ; BRAZZAVILLE..11 ; POINTE-NOIRE .... 12	
HH8. Ménage est sélectionné pour enquête Homme? Oui .....1 Non .....2	HH8B. Langue de l'entretien: Kituba.....1 Lingala....2 Français...3 Autre.....6	
HH8A. Ménage est sélectionné pour le test de l'eau? Oui .....1 Non .....2		
<p>NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS MENONS UNE ENQUETE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS REUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ➔ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ➔ Encercler 04 à HH9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
<p>HH9. Résultat de l'enquête ménage:</p> <p>Rempli complètement..... 01  Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite ..... 02  Ménage entier absent pour une longue période ..... 03  Refus ..... 04  Logement vide\ l'adresse n'est pas un logement..... 05  Logement détruit..... 06  Logement non trouvé..... 07  Autre (préciser) _____ 96</p>		

Une fois le questionnaire ménage complètement rempli, saisir les informations suivantes:

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

HH11. NbreTotal membres du ménage: \_\_\_\_\_

HH12. Nbre de femmes de 15-49 ans: ..... \_\_\_\_\_

Si ménage sélectionné pour enquête Homme:

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

HH14. Nbre d'enfants moins de 5 ans: ..... \_\_\_\_\_

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

HH13. Nbre de questionnaires Femme complétés:

\_\_\_\_\_

Si ménage sélectionné pour enquête homme:

HH13B. Nbre question. Homme complétés: \_\_\_\_\_

HH15. Nbre de questionnaires moins de 5 ans complétés: \_\_\_\_\_

HH18. Enregistrer l'heure.

Heure ..... \_ \_

Minutes ..... \_ \_

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

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

Enregistrer le nom du chef de ménage sur la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4).Demander ensuite : Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON ?

Si oui, compléter la liste pour les questions HL2-HL4. Poser ensuite toutes les questions en commençant par HL5 pour chaque membre du ménage, individu par individu.

Utiliser un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la feuille ménage ont été utilisées.

									Femmes 15-49 ans HL7.	Hommes 15-49 ans HL7A.	Enfants0-4 ans HL7B.
HL1. Num de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?		HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom)?		HL6. QUEL AGE A (nom)?	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?			
			1 Masculin 2 Féminin		98 NSP	9998 NSP	Noter en années révolues. Si âge égal ou supérieur à 95 ans, inscrire '95'	1 Oui 2 Non	Encercler num. de ligne si la femme a entre 15-49ans	Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	Encercler num. de ligne si l'enfant a entre 0-4 ans
Ligne	Nom	Relation*	M	F	Mois	Année	Age	O N	15-49	15-49	0-4
01		0 1	1	2	__	__	__	1 2	01	01	01
02		__	1	2	__	__	__	1 2	02	02	02
03		__	1	2	__	__	__	1 2	03	03	03
04		__	1	2	__	__	__	1 2	04	04	04
05		__	1	2	__	__	__	1 2	05	05	05
06		__	1	2	__	__	__	1 2	06	06	06
07		__	1	2	__	__	__	1 2	07	07	07
08		__	1	2	__	__	__	1 2	08	08	08
09		__	1	2	__	__	__	1 2	09	09	09
10		__	1	2	__	__	__	1 2	10	10	10
11		__	1	2	__	__	__	1 2	11	11	11
12		__	1	2	__	__	__	1 2	12	12	12
13		__	1	2s	__	__	__	1 2	13	13	13
14		__	1	2	__	__	__	1 2	14	14	14
15		__	1	2	__	__	__	1 2	15	15	15

Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé☐

	Enfants de 0-17 ans						Enfants 0-14 ans
	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE?  Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13 Noter 00 pour Non	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- ELLE?  1 Autre ménage du pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?  1 Oui 2 Non <input type="checkbox"/> HL15 8 NSP <input type="checkbox"/> HL15	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE?  Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL15 Noter 00 pour Non	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T- IL?  1 Autre ménage du pays 2 Institution dans ce pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est vide ou "00", demander:  QUI EST LE/LA GARDIEN (NNE) PRINCIPALE DE (nom)?
Ligne	O N NSP	Mère		O N NSP	Père		Mère/Gar.
01	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
02	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
03	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
04	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
05	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
06	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
07	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
08	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
09	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
10	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
11	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
12	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
13	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
14	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___
15	1 2 8	___	1 2 3 8	1 2 8	___	1 2 3 8	___

Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé ☐

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

Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Femme séparé.

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

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

EDUCATION														ED													
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus														Pour les membres du ménage de 5-24ans													
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age  A copier de HL2 et HL6		ED3. (Nom) EST-IL/ ELLE ALLE(E) A L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?		ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (NOM) A ATTEINT?		ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU?		ED5. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE 2014- 2015, (nom) EST-IL/ELLE ALLE (E) A UN CERTAIN MOMENT A L'ECOLE/ A L'ECOLE MATERNELLE ?		ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom)EST - IL/ELLE?		ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, 2013- 2014, (nom) ETAIT- IL/ELLE ALLE(E) A UN CERTAIN MOMENT A L'ECOLE/ L'ECOLE MATERNELLE?			ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?											
			1 Oui 2 Non		Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire1 3 Secondaire2 4 Supérieur 8 NSP		Classe: 01 à 08 98 NSP Si la 1ère classe du niveau n'est pas achevée, noter 00.					Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire1 3 Secondaire2 4 Supérieur 8 NSP Si niveau=0, passer à ED7		Classe: 01 à 08 98 NSP		1 Oui 2 Non		Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2Secondaire1 3 Secondaire2 4 Supérieur 8 NSP Si niveau=0, aller à ligne suivante.		Classe: 01 à 08 98 NSP							
Ligne	Nom	Age	Oui Non		Niveau		Classe	Oui Non		Niveau	Classe	Oui Non NSP		Niveau	Classe	Oui Non NSP		Niveau	Classe								
01			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
02			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
03			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
04			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
05			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
06			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
07			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
08			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
09			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
10			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
11			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
12			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
13			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
14			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												
15			1 2		0 1 2 3 4 8		--	1 2		0 1 2 3 4 8	--	1 2 8		0 1 2 3 4 8	--												



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

SL

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

Nombre total ..... \_

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

- ☐ Zéro ➔ Aller au module CARACTERISTIQUES DES MENAGES
- ☐ Un ➔ Aller à SL9 et enregistrer le numéro de rang comme '1', entrer le numéro de ligne, le nom de l'enfant et son âge
- ☐ Deux ou plus ➔ Continuer avec SL2A

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

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

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

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

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

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

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

Numéro de rang ..... \_

Numéro de ligne ..... \_

Nom .....

Age ..... \_

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
<b>CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9:</b>  <input type="checkbox"/> 1-4 ans ➡ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> 5-17 ans ➡ Continuer avec CL2		
<b>CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE.</b> DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT?		O N  A travaillé sur terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux .....1 2  A aidé dans entreprise familiale/d'un autre parent/dans sa propre affaire .....1 2  A produit/vendu articles/artisanat/vêtements/nourriture ou produits agricoles .....1 2  Toute autre activité .....1 2
<b>CL3. Vérifier CL2 A-D</b> <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ➡ Continuer avec CL4 <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ➡ Aller à CL8		
<b>CL4. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES?</b> <i>Si moins d'1 heure, noter '00'</i>		Nombre d'heures .....
<b>CL5. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES ?</b>		Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8
<b>CL6. EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (COUTEAUX, ETC.) OU DE FAIRE FONCTIONNER DE GROSSES MACHINES ?</b>		Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8
<b>CL7. COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (<i>nom</i>)?</b>  [A] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE A LA POUSSIERE/FUMEE OU GAZ ?  [B] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE AU FROID, A LA CHALEUR OU A L'HUMIDITE EXTREME?  [C] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE A DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS?  [D] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE A UN TRAVAIL EN HAUTEUR ?  [E] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE A DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU A DES EXPLOSIFS?  [F] EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST EXPOSE A D'AUTRES CHOSES, PROCEDES OU CONDITIONS MAUVAISES POUR SA SANTE OU SA SECURITE?		Oui ..... Non ..... 1 ➡ CL8  Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8  Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8  Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8  Oui 1 Non ..... 1 ➡ CL8
<b>CL8. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE ALLE(E) CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?</b>		Oui 1 Non ..... 2 ➡ CL10
<b>CL9. AU TOTAL, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PASSE A CHERCHER DE L'EAU OU A RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?</b>  <i>Si moins d'une heure, enregistrer "00"</i>		Nombre d'heures .....

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

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

CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE ?	Catholique .....	01
	Protestante .....	02
	Salutiste.....	03
	Kimbanguiste.....	04
	Musulmane.....	05
	Eglise de réveil .....	06
	Sans religion.....	07
	Ne sait pas .....	98
	Autre religion ( <i>préciser</i> ) .....	96
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE DU CHEF DE MENAGE ?	Kituba .....	1
	Lingala.....	2
	Français.....	3
	Autre langue ( <i>préciser</i> ) .....	6
HC1C. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE MENAGE APPARTIENT-IL ?	Kongo .....	01
	Tékés.....	02
	Mbosi.....	03
	Sangha-Likouala .....	04
	Eshira .....	05
	Mbétis.....	06
	Etrangers (non congolais) .....	07
	Autre groupe ethnique ( <i>préciser</i> ) .....	96
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces .....	—
HC3. <i>Principal matériau du sol</i>  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel	
	Terre/sable .....	11
	Matériau rudimentaire	
	Planche en bois.....	21
	Matériau fini	
	Parquet ou bois ciré .....	31
	Gerflex/vinyle.....	32
	Carreaux/marbre .....	33
	Ciment.....	34
	Moquette .....	35
	Autre ( <i>préciser</i> ) .....	96
HC4. <i>Principal matériau du toit</i>  <i>Enregistrer l'observation</i>	Matériau naturel	
	Chaume/feuille de palmier.....	12
	Herbes/pailles.....	13
	Matériau rudimentaire	
	Natte .....	21
	Palmes / Bambou .....	22
	Planches en bois .....	23
	Bâches .....	25
	Matériau fini	
	Tôles.....	31
	Bois .....	32
	Tuiles.....	34
	Béton .....	35
	Autre ( <i>préciser</i> ) .....	96

CARACTERISTIQUES DU MENAGE (SUITE 1)		HC
<b>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</b>  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de murs ..... 11 Canne / Palmes / troncs ..... 12 Mottes de terre ..... 13 Murs en pailles ..... 14  Matériau rudimentaire Bambou avec boue..... 21 Contre-plaqué..... 24 Carton..... 25 Bois de récupération..... 26 Brique en terre non cuite ..... 27 Tôles..... 28  Matériau fini Ciment..... 31 Pierre avec chaux/ciment ..... 32 Briques de ciment..... 33 Blocs de ciment ..... 34 Brique en terre non cuite mais recouvertes..... 35 Planches de bois ..... 36 Briques en terre cuites..... 37  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?</b>	Électricité..... 01 Gaz butane (GPL) ..... 02 Pétrole lampant ..... 05  Charbon de bois ..... 07 Bois ..... 08 Paille/branchages/herbes ..... 09 Résidus agricoles ..... 11 Sciure/copeaux de bois..... 12  Pas de repas préparé dans le ménage ..... 95 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8 05⇒HC8       95⇒HC8
<b>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR (DEHORS) ?</b>  <i>Si 'Dans la maison', insister:</i>  EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?	Dans la maison Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine..... 1 Ailleurs dans la maison..... 2 Dans un bâtiment séparé ..... 3 À l'extérieur ..... 4  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6	
<b>HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :</b>	Oui Non [A] L'ELECTRICITE? Electricité..... 1 2 [B] LA RADIO? Radio ..... 1 2 [C] LA TELEVISION? Télévision ..... 1 2 [D] UN TELEPHONE FIXE ? Téléphone fixe ..... 1 2 [E] UN REFRIGERATEUR/CONGELATEUR? Réfrigérateur/ Congélateur ..... 1 2 [F] UN VENTILATEUR Ventilateur ..... 1 2 [G] UN FER À REPASSER ELECTRIQUE Fer à repasser électrique ..... 1 2 [H] UN FER À REPASSER À CHARBON Fer à repasser à charbon ..... 1 2 [I] UN FOYER A CHARBON ? Foyer à charbon ..... 1 2 [J] UN RECHAUD A PETROLE Réchaud à pétrole ..... 1 2 [K] UNE LAMPE A PETROLE Lampe à pétrole..... 1 2	

CARACTERISTIQUES DU MENAGE (SUITE 2)		HC
<b>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</b>		
	Oui	Non
[A] UNE MONTRE ?	Montre..... 1	2
[B] UN TELEPHONE MOBILE ?	Téléphone mobile..... 1	2
[C] UNE BICYCLETTE?	Bicyclette..... 1	2
[D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ?	Moto / Scooter ..... 1	2
[E] UNE BROUETTE/POUSSE-POUSSE	Brouette/Pousse-pousse ..... 1	2
[F] UNE VOITURE OU UN CAMION ?	Voiture/Camion..... 1	2
[G] UN HORS-BORD?	Hors-bord ..... 1	2
[H] UNE PIROGUE	Pirogue..... 1	2
<b>HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ?</b>	Propriétaire..... 1	
<i>Si "Non", demander :</i>	Locataire ..... 2	
LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ?	Autre (pas propriétaire ou pas loué) (préciser)..... 6	
<i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2". Pour les autres réponses encercler "6".</i>		
<b>HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?</b>	Oui 1	
	Non..... 2	2⇒HC13
<b>HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</b>	Hectares.....	
<i>Si moins de 1, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>		
<b>HC13. EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?</b>	Oui 1	
	Non..... 2	2⇒HC15
<b>HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE :</b>		
[A] TETES DE BETAIL, VACHES LAITIÈRES OU TAUREAUX ?	Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux.....	
[C] CABRI/CHEVRES ?	Cabri/Chèvres .....	
[D] MOUTONS	Moutons .....	
[E] POULETS/CANARDS	Poulets/Canards.....	
[F] AUTRES VOLAILLES : PIGEONS, DINDES, PINTADES ?	Autres Volailles.....	
[G] PORCS ?	Porcs .....	
<i>Si aucun, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>		
<b>HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?</b>	Oui 1	
	Non..... 2	
	NSP ..... 8	

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE		TN	
<b>TN1.</b> EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?		Oui 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>TN2.</b> COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?		Nombre de moustiquaires .....	
<b>TN3.</b> Demander à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.			
	1 <sup>ère</sup> Moustiquaire	2 <sup>ème</sup> Moustiquaire	3 <sup>ème</sup> Moustiquaire
<b>TN4.</b> Moustiquaire observée?	Observée ..... 1 Non observée ..... 2	Observée ..... 1 Non observée ..... 2	Observée ..... 1 Non observée ..... 2
<b>TN5.</b> Observer ou demander la marque/type de moustiquaire  <i>Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrer à l'enquête(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet ..... 11 Bestnet ..... 12 Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18 Autre moustiquaire (préciser) ..... 36 NSP marque / type ..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet ..... 11 Bestnet ..... 12 Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18 Autre moustiquaire (préciser) ..... 36 NSP marque / type ..... 98	Moustiquaire imprégnée de longue durée Permanet ..... 11 Bestnet ..... 12 Autre (préciser) ..... 16 NSP marque ..... 18 Autre moustiquaire (préciser) ..... 36 NSP marque / type ..... 98
<b>TN6.</b> DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE?  <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'</i>	Mois ..... Plus de 36 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98	Mois ..... Plus de 36 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98	Mois ..... Plus de 36 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98
<b>TN7.</b> Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11 <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer
<b>TN8.</b> QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr ..... 8	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr ..... 8	Ou ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr ..... 8
<b>TN9.</b> DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN11	Oui ..... 1 Non ..... 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN11	Oui ..... 1 Non ..... 2 2⇒ TN11 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN11
<b>TN10.</b> COMBIEN DE MOIS SE SONT ECOULES DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPÉE OU PLONGÉE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'.</i>	Mois ..... Plus de 24 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98	Mois ..... Plus de 24 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98	Mois ..... Plus de 24 mois ..... 95 NSP / Pas sûr ..... 98
<b>TN11.</b> EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	Oui 1 Non ..... 2 2⇒ TN13 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN13	Oui 1 Non ..... 2 2⇒ TN13 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN13	Oui 1 Non ..... 2 2⇒ TN13 NSP / Pas sûr ..... 8 8⇒ TN13
<b>TN12.</b> QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?  <i>Enregistrer le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage.</i>  <i>Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrer '00'</i>	Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne .....	Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne .....	Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne ..... Nom ..... Numéro de ligne .....
<b>TN13.</b>	Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.	Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.	Retourner à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant  Cocher ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé <input type="checkbox"/>



EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
<b>WS1.</b> D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet	
	Dans le logement..... 11	11 ⇨ WS6
	Dans la concession, cour ou parcelle ..... 12	12 ⇨ WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13 ⇨ WS6
	Robinet public / Borne fontaine..... 14	14 ⇨ WS3
	Puits à pompe/Forage ..... 21	21 ⇨ WS3
	Puits creusé	
	Puits protégé..... 31	
	Puits non protégé..... 32	31 ⇨ WS3
	Eau de source	32 ⇨ WS3
	Source protégée ..... 41	
	Source non protégée ..... 42	41 ⇨ WS3
	Eau de pluie..... 51	42 ⇨ WS3
	Camion-citerne ..... 61	51 ⇨ WS3
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)..... 81	61 ⇨ WS3
	Eau en bouteille (minérale)..... 91	81 ⇨ WS3
	Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	96 ⇨ WS3
<b>WS2.</b> D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet	
	Dans le logement..... 11	11 ⇨ WS6
	Dans le quartier, cour ou parcelle ..... 12	12 ⇨ WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13 ⇨ WS6
	Robinet public / Borne fontaine..... 14	
	Puits à pompe/Forage ..... 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé..... 31	
	Puits non protégé..... 32	
	Eau de source	
	Source protégée ..... 41	
	Source non protégée ..... 42	
	Eau de pluie..... 51	
	Camion-citerne ..... 61	
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation)..... 81	
	Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
	<b>WS3.</b> OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUEE ?	Dans le logement ..... 1
Dans la cour / parcelle ..... 2		2 ⇨ WS6
Ailleurs ..... 3		
<b>WS4.</b> COMBIEN DE TEMPS (EN MINUTES) FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes ..... — — —	
	NSP ..... 998	
<b>WS5.</b> QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ?  <i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus)..... 1	
	Homme adulte (de 15 ans ou plus)..... 2	
	Jeune fille (moins de 15 ans)..... 3	
	Jeune garçon (moins de 15 ans) ..... 4	
	NSP ..... 8	
<b>WS6.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE A L'EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINA A BOIRE ?	Oui 1	
	Non ..... 2	2 ⇨ WS8
	NSP ..... 8	8 ⇨ WS8
<b>WS7.</b> HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINA ?  <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE?  <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	La faire bouillir ..... A	
	Y ajouter de l'eau de Javel / chlore..... B	
	La filtrer à travers un linge ..... C	
	Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) ..... D	
	Désinfection solaire ..... E	
	La laisser reposer ..... F	
	Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
	NSP ..... Z	

EAU ET ASSAINISSEMENT (SUITE)		WS
<b>WS8.</b> HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS ?  <i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ?  <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau Connectée à fosse septique..... 12 Reliée à des latrines..... 13 Reliée à autre chose ..... 14 Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où..... 15 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) ..... 21 Latrines à fosses avec dalle..... 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert..... 23 Seaux ..... 41 Toilettes/latrines suspendues..... 51 Pas de toilettes, nature..... 95 Autre ( <i>préciser</i> )..... 96	95⇒ Module suivant
<b>WS9.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Oui 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>WS10.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MENAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES ?	Autres ménages seulement (pas publiques) ..... 1 Toilettes publiques ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>WS11.</b> AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10) ..... 0 __  Dix ménages ou plus..... 10 NSP ..... 98	

LAVAGE DES MAINS		HW
<b>HW1.</b> NOUS AIMERIONS SAVOIR OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ONT L'HABITUDE DE SE LAVER LES MAINS. MONTREZ-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, OU LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE SE LAVENT LES MAINS LA PLUPART DU TEMPS.	Observé..... 1	2 ⇨ HW4
	Pas observé	3 ⇨ HW4
	Pas dans le logement/terrain/jardin/cour ..... 2	
	Pas de permission de voir ..... 3	6 ⇨ HW4
	Autre (préciser) ..... 6	
<b>HW2.</b> Observer s'il y a de l'eau au lieu spécifique de lavage des mains Contrôler en vérifiant s'il y a de l'eau au robinet/pompe/ou bassin, dans le seau, container d'eau ou objet similaire.	Eau disponible ..... 1	
	Eau non disponible ..... 2	
<b>HW3A.</b> Y a-t-il du savon, de la lessive ou de la cendre/boue/sable sur le lieu de lavage des mains ?	Oui, il y en a ..... 1	2 ⇨ HW4
	Non, il n'y en a pas ..... 2	
<b>HW3B.</b> Enregistrer l'observation. Encercler tout ce qui s'applique.	Barre de savon..... A	A ⇨ HH19
	Lessive (Poudre / Liquide / Pate)..... B	B ⇨ HH19
	Savon liquide..... C	C ⇨ HH19
	Cendre / Boue / Sable ..... D	D ⇨ HH19
<b>HW4.</b> AVEZ-VOUS DU SAVON, DE LA LESSIVE OU DES CENDRES, BOUE/ SABLE DANS VOTRE MAISON POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	Oui ..... 1	2 ⇨ HH19
	Non ..... 2	
<b>HW5A.</b> POUVEZ-VOUS, SVP ME LE MONTRER ?	Oui, montré ..... 1	2 ⇨ HH19
	Non, non montré ..... 2	
<b>HW5B.</b> Enregistrer l'observation. Encercler tout ce qui s'applique.	Barre de savon..... A	
	Lessive (Poudre / Liquide / Pate)..... B	
	Savon liquide..... C	
	Cendre / Boue / Sable ..... D	
<b>HH19. ENREGISTRER L'HEURE.</b>	HEURE ET MINUTES ..... : .....	

IODATION DU SEL		SI
<b>SI1.</b> NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE, PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ?  Une fois le sel testé, encercler le code qui correspond au résultat du test.	Pas iodé - 0 PPM ..... 1 Plus de 0 PPM & Moins de 15 PPM ..... 2 15 PPM ou plus..... 3 Pas de sel dans le ménage ..... 4 Sel non testé (préciser la raison ) ..... 5	
<b>HH20.</b> Remercier le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifier la liste d'enregistrement des membres du ménage :		
<input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME séparé a été préparé pour chaque femme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7)		
Vérifier HH8. Si le ménage a été sélectionné pour un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME		
<input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME séparé a été préparé pour chaque homme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7A)		
<input type="checkbox"/> Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT séparé a été préparé pour chaque enfant de moins de 5 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7B)		
Retournez à la page de couverture et assurez-vous que le résultat de l'enquête ménage (HH9), le nom et le numéro de ligne du répondant au questionnaire ménage (HH10) et le nombre de femmes éligibles (HH12), d'hommes éligibles (HH13A) et d'enfants de moins de 5 ans (HH14) sont enregistrés.		
Faire les arrangements nécessaires pour l'administration des questionnaires qui restent à faire dans ce Ménage.		

### Observations de l'Enquêteur/trice

### OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE



QUESTIONNAIRE FEMME  
version française

INSTITUT NATIONAL DE  
LA STATISTIQUE DU CONGO

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.</i></p>		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : _____	
WM5. Nom et code de l'enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 201_	
<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇨ Aller à WM8A. Puis enregistrer l'heure à WM10 et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇨ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>		
WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli ..... 01 Pas à la maison ..... 02 Refusé ..... 03 Partiellement rempli ..... 04 Incapacité ..... 05 Autre (préciser) ..... 96	
WM8A. Langue de l'entretien: Kituba.....1    Français.....3 Lingala.....2    Autre.....6		
WM10. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ..	

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
<b>WB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois ..... NSP mois ..... 98 Année ..... NSP année..... 9998	
<b>WB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister:</i> QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?  <i>Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues).....	
<b>WB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire1 ..... 2 Secondaire2 ..... 3 Supérieur ..... 4	0⇒WB7
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe .....	
<b>WB6.</b> Vérifier WB4:  <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7.		
<b>WB7.</b> J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrer les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i>  POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties ..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3  Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée ..... 4 <div style="text-align: center;">(préciser langue)</div>  Aveugle/problème de vue ..... 5	

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

MT

## MT1. Vérifier WB7:

- ☐ Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ⇨ Continuer avec MT2
- ☐ Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (codes 2, 3 or 4) ⇨ Continuer avec MT2
- ☐ Ne peut pas lire du tout ou aveugle (codes 1 ou 5) ⇨ Passer à MT3

**MT2.** A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE:  
PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS  
D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

Presque chaque jour ..... 1  
Au moins une fois par semaine ..... 2  
Moins d'une fois par semaine ..... 3  
Pas du tout ..... 4

**MT3.** ECOUTEZ-VOUS LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE  
FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU  
TOUT?

Presque chaque jour ..... 1  
Au moins une fois par semaine ..... 2  
Moins d'une fois par semaine ..... 3  
Pas du tout ..... 4

**MT4.** A QUELLE FREQUENCE SUIVEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS  
PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS  
D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

Presque chaque jour ..... 1  
Au moins une fois par semaine ..... 2  
Moins d'une fois par semaine ..... 3  
Pas du tout ..... 4

## MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante :

- ☐ 15-24 ans ⇨ Continuer avec MT6
- ☐ 25-49 ans ⇨ Passer au module suivant (CM)

**MT6.** AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

2 ⇨ MT9

**MT7.** AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU  
COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

2 ⇨ MT9

**MT8.** AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS  
UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE  
FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU  
TOUT?

Presque chaque jour ..... 1  
Au moins une fois par semaine ..... 2  
Moins d'une fois par semaine ..... 3  
Pas du tout ..... 4

**MT9.** AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

2 ⇨ Module  
suivant (CM)

**MT10.** AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE  
INTERNET?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

2 ⇨ Module  
suivant (CM)

*Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quel que soit  
le lieu et avec n'importe quel appareil.*

**MT11.** AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS  
UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS  
PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

Presque chaque jour ..... 1  
Au moins une fois par semaine ..... 2  
Moins d'une fois par semaine ..... 3  
Pas du tout ..... 4

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
<b>CM1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM6
<b>CM5.</b> COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison ..... Filles à la maison .....	
<b>CM6.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM8
<b>CM7.</b> COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs ..... Filles ailleurs.....	
<b>CM8.</b> AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?  <i>Si "Non" Insister et demander :</i>  JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés ..... Filles décédées .....	
<b>CM10.</b> Sommer les réponses à CM5, CM7, et CM9.	Somme .....	
<b>CM11.</b> JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL ( <i>nombre total</i> ) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES		



## HISTORIQUE DES NAISSANCES

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

Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplets sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utiliser un autre questionnaire.

BH N° DE LIGNE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMY CES NAISSANCES S Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)?  Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?	BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?  Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)  Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?  Si "1 an", Insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?		
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
01		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ Ligne suivante	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	
02		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
03		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
04		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
05		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
06		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
07		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv
08		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— —	1 2 Ajouter nais- naissance suiv

BH V° LIGNE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/su ivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCE S Y AVAIT- IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)?  <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>	BH5. (nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?  <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i>  <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé :</i> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?  <i>Si "1 an", Insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS? Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom).Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1Oui 2 Non		
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
09		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
10		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
11		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
12		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
13		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
14		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
15		1 2	1 2	— —	— — — —	1 2 ⇒ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter naiss. naissance suiv.
BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)?						OUI..... NON.....				1⇒ Enregistrer dans l'historique		

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

☐ Les nombres sont les mêmes ⇒ Continuer avec CM13

☐ Les nombres sont différents ⇒ Insister et corriger

**CM13.** La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières Années, c'est-à-dire depuis (Mois de l'entretien)  
**2012/2013** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est  
**2012/2013** considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 2 dernières années).

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

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

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

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

## DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE

DB

*Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.*

*Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : \_\_\_\_\_.*

*Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.*

<b>DB1.</b> QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT- LA?	Oui..... 1 Non ..... 2	1⇒ Module suivant (MN)
<b>DB2.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard..... 1 Pas d'enfant..... 2	2⇒ Module suivant (MN)
<b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?  <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée</i>	Mois ..... 1 __ __ Années..... 2 __ __ NSP..... 998	

## SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

MN

Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.

Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : \_\_\_\_\_.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.

<b>MN1.</b> AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MN5												
<b>MN2.</b> QUI AVEZ-VOUS VU ?  <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?  <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière ..... C Sage-femme auxiliaire ..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Autre (préciser) ..... X													
<b>MN2A.</b> DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS?  <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines ..... 1 ____ Mois ..... 2 0 ____ NSP ..... 998													
<b>MN3.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?  <i>Insister pour obtenir le nombre de fois que des soins prénatals ont été reçus. Si plusieurs nombres sont avancés enregistrer le nombre minimum. Si plus de 10 fois enregistrer '10'</i>	Nombre de fois ..... ____ NSP ..... 98													
<b>MN4.</b> DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?  [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Échantillon d'urine ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension ..... 1	1	2	Échantillon d'urine ..... 1	1	2	Prélèvement sanguin ..... 1	1	2	
	Oui	Non												
Tension ..... 1	1	2												
Échantillon d'urine ..... 1	1	2												
Prélèvement sanguin ..... 1	1	2												
<b>MN5.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?  PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?  <i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu) ..... 1 Oui (carnet non vu) ..... 2 Non ..... 3 NSP ..... 8													
<b>MN6.</b> QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN9 8⇒MN9												
<b>MN7.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... ____ NSP ..... 8	8⇒MN9												
<b>MN8.</b> Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?  <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Aller à MN12  <input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuer avec MN9														
<b>MN9.</b> EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN12 8⇒MN12												

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE (SUITE 1)		MN
<b>MN10.</b> AVANT LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... __ __  NSP..... 8	8⇒MN12
<b>MN11.</b> CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ) ?  <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a année (s)..... __ __	
<b>MN12.</b> Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇨ Aller à MN17__		
<b>MN13.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), EST-CE-QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN14.</b> QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?  <i>Encrer tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i>	SP/Fansidar .....A  Autre ( <i>préciser</i> ).....X  NSP.....Z	
<b>MN15.</b> Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇨ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇨ Aller à MN17		
<b>MN16.</b> AU COURS DE LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?  SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ RECU DURANT LES VISITES PRENATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois ..... __ __  NSP..... 98	
<b>MN17.</b> QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE ( <i>nom</i> ) ?  <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?  <i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encrer toutes les réponses mentionnées.</i>  <i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i>	Professionnel de la santé: Médecin .....A Sage-femme .....B Infirmière ..... C Sage-femme auxiliaire ..... D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle .....F Agent de santé communautaire ..... G Parent(e) / Ami(e) ..... H  Autre ( <i>préciser</i> ) .....X Personne.....Y	
<b>MN18.</b> OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE ( <i>nom</i> ) ?  <i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i>  <i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  <div style="text-align: center;">_____</div> ( <i>Nom de l'endroit</i> )	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital Gouvernemental..... 21 Clinique / Centre de santé Intégré. .... 22 Poste de santé Gouvernemental. .... 23 Autre public ( <i>préciser</i> ) ..... 26  Secteur médical privé Hôpital privé..... 31 Clinique privée..... 32 Maternité privée..... 33 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 36  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	11⇒MN20 12⇒MN20                    96⇒MN20

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (SUITE 2)		MN
<b>MN19.</b> AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE ( <i>nom</i> ) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MN20
<b>MN19A.</b> QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?	Avant..... 1 Après..... 2	
ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?		
<b>MN20.</b> QUAND ( <i>nom</i> ) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?	Très gros..... 1 Plus gros que la moyenne ..... 2 Moyen ..... 3 Plus petit que la moyenne ..... 4 Très petit..... 5 NSP ..... 8	
<b>MN21.</b> ( <i>nom</i> ) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒MN23 8⇒MN23
<b>MN22.</b> COMBIEN ( <i>nom</i> ) PESAIT-IL/ELLE ?  <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé..... 1 (kg) __ , __ __ De mémoire ..... 2 (kg) __ , __ __ NSP ..... 99998	
<b>MN23.</b> EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE ( <i>nom</i> ) ?	Oui..... 1 Non..... 2	
<b>MN24.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE ( <i>nom</i> ) ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant (PN)
<b>MN25.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS ( <i>nom</i> ) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i> <i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i> <i>Autrement, noter en jours</i>	Immédiatement..... 000 Heures ..... 1 __ __ Jours ..... 2 __ __ NSP/ Ne se rappelle pas..... 998	
<b>MN26.</b> DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A ( <i>nom</i> ) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant (PN)
<b>MN27.</b> QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A ( <i>nom</i> ) ?  <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel)..... A Eau..... B Eau sucrée/eau glucosée ..... C Calmant pour coliques ..... D Solution eau salée/sucrée ..... E Jus de fruit ..... F Préparation pour bébé ..... G Thé / Infusions ..... H Miel..... I  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	

## EXAMENS DE SANTE POST NATALS

PN

Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien.

Vérifier le module "Fécondité/Historique des naissances" à CM13 et enregistrer le nom du dernier nouveau-né ici \_\_\_\_\_.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.

**PN1. Vérifier MN18:** L'enfant est-il né dans une structure de santé?

☐ Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2

☐ Non, L'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6

**PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).**

VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT?

Si c'est moins d'une journée, noter en heures.

Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.

Autrement, noter en semaines.

Heures.....1 \_\_\_\_

Jours.....2 \_\_\_\_

Semaines .....3 \_\_\_\_

NSP/ne se rappelle pas .....998

**PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (nom), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.**

AVANT D'AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom)?

Oui.....1

Non.....2

**PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT.**

A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui.....1

Non.....2

**PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18).**

EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (nom) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui.....1

Non.....2

1⇒ PN11

2⇒ PN16

**PN6. Vérifier MN17:** Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement?

☐ Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN7

☐ Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN10

EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 1)		PN
<b>PN7.</b> VOUS AVEZ DEJA DIT QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE <i>(nom)</i> APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER <i>(nom)</i> , VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VU SI <i>(nom)</i> SE PORTE BIEN.  APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> A/ONT CONTROLE LA SANTE DE <i>(nom)</i> ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>PN8.</b> ET EST-CE QUE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?  PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>PN9.</b> APRES LE DEPART DE <i>(la ou les personnes à MN17)</i> , EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE <i>(nom)</i> ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1⇒PN11 2⇒PN18
<b>PN10.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE <i>(nom)</i> APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER <i>(nom)</i> , VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI <i>(nom)</i> SE PORTE BIEN.  APRES LA NAISSANCE DE <i>(nom)</i> , EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒PN19
<b>PN11.</b> UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒PN12A 2⇒PN12B
<b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU?  <b>PN12B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ?  <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i>	Heures ..... 1 ____  Jours ..... 2 ____  Semaines ..... 3 ____  NSP/ne se rappelle pas ..... 998	
<b>PN13.</b> QUI A CONTROLE LA SANTE DE <i>(nom)</i> A CE MOMENT-LA?	Professionnel de la santé: Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière ..... C Sage femme auxiliaire ..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent/Ami ..... H  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	



EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 2)		PN
<b>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</b>  <i>Insister pour déterminer le type de source.</i>  <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i>  <hr/> <p style="text-align: center;">(Nom du lieu)</p>	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital gouvernemental..... 21 Clinique/centre de santé Intégré ..... 22 Poste de santé gouvernemental ..... 23 Autre public ( <i>préciser</i> ) ..... 26  Secteur médical privé Hôpital privé ..... 31 Clinique privée..... 32 Maternité privée ..... 33 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 36  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</b>  <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇨ Continuer avec PN16  <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇨ Aller à PN17		
<b>PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇨ PN20 2 ⇨ Module suivant (IS)
<b>PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement?</b>  <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇨ Continuer avec PN18  <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇨ Aller à PN19		
<b>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇨ PN20 2 ⇨ Module suivant (IS)
<b>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE?</b>  PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant (IS)
<b>PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</b>	Une fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1 ⇨ PN21A 2 ⇨ PN21B

EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 3)		PN
<b>PN21A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?	Heures ..... 1 ____  Jours ..... 2 ____  Semaines..... 3 ____  NSP/ne se rappelle pas ..... 998	
<b>PN21B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER CONTROLE?  <i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours.</i> <i>Autrement, Noter en semaines.</i>		
<b>PN22.</b> QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?	Professionnel de la santé: Médecin.....A Sage-femme .....B Infirmière .....C Sage-femme auxiliaire .....D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent/Ami .....H  Autre ( <i>préciser</i> ) .....X	
<b>PN23.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?  <i>Insister pour déterminer le type de source.</i>  <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, ECRIRE LE nom du lieu.</i>  _____ (Nom du lieu)	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital gouvernemental ..... 21 Clinique/centre de santé Intégré ..... 22 Poste de santé gouvernemental ..... 23 Autre public ( <i>préciser</i> ) ..... 26  Secteur médical privé Hôpital privé ..... 31 Clinique privée..... 32 Maternité privée ..... 33 Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 36  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	

## SYMPTOMES DE MALADIES

IS

**IS1. Vérifier la feuille d'enregistrement des membres du ménage HL15 et HL7B**

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

☐ Oui. ➔ Continuer avec IS2.☐ Non. ➔ Aller au Module suivant.**IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE.**

QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?

*Insister :*

AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou la gardienne ne puisse plus citer d'autre signes ou symptômes.

Encercler tous les symptômes mentionnés, mais ne pas suggérer de réponses

Enfant incapable de boire ou de téter .....A  
 État de l'enfant s'aggrave .....B  
 Enfant devient fiévreux..... C  
 Enfant respire rapidement..... D  
 Enfant a des difficultés à respirer .....E  
 Enfant a du sang dans les selles .....F  
 Enfant boit difficilement ..... G  
 Autre (préciser).....X  
 Autre (préciser).....Y  
 Autre (préciser).....Z

## CONTRACEPTION

CP

**CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.**

Oui, actuellement enceinte ..... 1

Non .....2

ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?

Pas sûre ou NSP .....8

**CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.**

Oui ..... 1

Non .....2

EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?

**CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISER UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?**

Oui ..... 1

Non .....2

**CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?**

Ne pas suggérer de réponse.

Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.

Stérilisation féminine..... A  
 Stérilisation masculine ..... B  
 DIU..... C  
 Injections ..... D  
 Implants ..... E  
 Pilules ..... F  
 Condom masculin ..... G  
 Condom féminin..... H  
 Diaphragme..... I  
 Mousse/gelée ..... J  
 Méthode de l'Allaitement Maternel  
 et de l'Aménorrhée (MAMA) ..... K  
 Abstinence périodique/Rythme ..... L  
 Retrait ..... M  
 Autre (préciser) ..... X

BESOINS NON SATISFAITS		UN
<b>UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte?</b> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Aller à UN5		
<b>UN2.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui .....1 Non .....2	1 ⇒ UN4
<b>UN3.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard .....1 Pas d'autre enfant .....2	
<b>UN4.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant .....1 Pas d'autre enfant .....2 Indécise /NSP .....8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
<b>UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine?</b> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
<b>UN6.</b> MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant .....1 Pas d' (autre) enfant .....2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte .....3 Indécise / NSP .....8	2 ⇒ UN9 3 ⇒ UN11 8 ⇒ UN9
<b>UN7.</b> COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois ..... 1 ____  Années..... 2 ____  Bientôt/Maintenant ..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte ..... 994 Après le mariage ..... 995 Autre ..... 996  NSP ..... 998	994 ⇒ UN11
<b>UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?</b> <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		

## BESOINS NON SATISFAITS (SUITE)

UN

**UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?**☐ Oui. ⇨ Aller à UN13☐ Non ⇨ Continuer avec UN10**UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?**

Oui ..... 1

1 ⇨ UN13

Non ..... 2

NSP ..... 8

8 ⇨ UN13

une femme qui n'est pas en union peut être capable de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels occasionnels

**UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ?**

Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents ..... A

Ménopause ..... B

N'a jamais eu de règles ..... C

Hystérectomie (utérus enlevé) ..... D

Essaye d'être enceinte depuis 2 ans

ou plus sans succès ..... E

Est en aménorrhée postpartum ..... F

Allaite ..... G

Trop âgée ..... H

Fataliste ..... I

Autre (préciser) ..... X

NSP ..... Z

**UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné ?**☐ Oui. ⇨ Aller au Module suivant☐ Non ⇨ Continuer avec UN13**UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ?**

Jours ..... 1 \_\_\_\_

Semaines ..... 2 \_\_\_\_

Mois ..... 3 \_\_\_\_

Années ..... 4 \_\_\_\_

Ménopausée /

A eu une hystérectomie ..... 994

Avant la dernière naissance ..... 995

N'a jamais eu de règles ..... 996

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE				DV
<b>DV1.</b> PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME, A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :  <b>[A]</b> SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ? <b>[B]</b> SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ? <b>[C]</b> SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ? <b>[D]</b> SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ? <b>[E]</b> SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ? <b>[F]</b> SI ELLE NE RESPECTE PAS LA BELLE-FAMILLE ? <b>[G]</b> SI ELLE EST INFIDELE ? <b>[H]</b> SI ELLE MANQUE DE RESPECT A SON MARI ? <b>[I]</b> SI ELLE DEPENSE SANS L'AUTORISATION DU MARI ?				
		Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire .....	1	2	8
	Néglige les enfants .....	1	2	8
	Argumente.....	1	2	8
	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
	Brûle la nourriture .....	1	2	8
	Ne respecte pas la belle-famille.....	1	2	8
	Est infidèle.....	1	2	8
	Manque de respect à son mari.....	1	2	8
	Dépense sans autorisation.....	1	2	8

MARIAGE/UNION			MA
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée.....	1	
	Oui, vit avec un homme .....	2	
	Non, pas en union .....	3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ?  <i>Insister: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>	Age en années .....	__ __	
	NSP.....	98	
<b>MA3.</b> EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?	Oui.....	1	
	Non.....	2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL EN DEHORS DE VOUS ?	Nombre .....	__ __	⇒MA7
	NSP.....	98	98⇒MA7
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, a été mariée.....	1	
	Oui, a vécu avec un homme .....	2	
	Non.....	3	3⇒Module suivant
<b>MA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve.....	1	
	Divorcée.....	2	
	Séparée .....	3	
<b>MA7.</b> AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois.....	1	1⇒MA8A
	Plus d'une fois .....	2	2⇒MA8B
<b>MA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ?	Date du (premier) mariage		
	Mois.....	__ __	
	NSP Mois.....	98	
<b>MA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA PREMIERE FOIS COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ?	Année.....	__ __ __ __	Année Connue
	NSP Année.....	9998	⇒ Module suivant
<b>MA9.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Age en Années.....	__ __	

COMPOTEMENT SEXUEL		SB
<b>Vérifier la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faire tout ce qui est possible pour être en privé avec l'enquêtée.</b>		
<b>SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE.</b>  LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels .....00 Age en années.....__ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire .....95	00⇒Module suivant (HA)
<b>SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2  NSP / Ne se souvient pas .....8	
<b>SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?</b>  <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an).</i> <i>Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours ..... 1 __ __ Il y a ... semaines ..... 2 __ __ Il y a ... mois ..... 3 __ __ Il y a ...ans ..... 4 __ __	4⇒SB15
<b>SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2	
<b>SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</b> <i>Insister pour vous assurer que la réponse se réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i>  <i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari.....1 Partenaire cohabitant .....2 Petit ami .....3 Rencontre occasionnelle .....4  Autre (préciser) ..... 6	3⇒SB7 4⇒SB7  6⇒SB7
<b>SB6. Vérifier MA1:</b>  <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
<b>SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</b>  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel .....__ __ NSP .....98	
<b>SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Oui .....1 Non .....2	2⇒SB15
<b>SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2	
<b>SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?</b> <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i>  <i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari.....1 Partenaire cohabitant .....2 Petit ami .....3 Rencontre occasionnelle .....4  Autre (préciser) ..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12  6⇒SB12
<b>SB11. Vérifier MA1 et MA7:</b>  <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		

COMPOTEMENT SEXUEL (SUITE)		SB
<b>SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</b>  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel ..... __ __  NSP ..... 98	
<b>SB13. MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒SB15
<b>SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Nombre de partenaires ..... __ __	
<b>SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?</b>  <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i>  <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __  NSP ..... 98	



VIH/SIDA		HA		
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE <b>SIDA</b> ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇨ Module suivant (MM)		
<b>HA2.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU <b>SIDA</b> EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU <b>SIDA</b> PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU <b>SIDA</b> EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU <b>SIDA</b> PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA6.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU <b>SIDA</b> EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU <b>SIDA</b> ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU <b>SIDA</b> ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE <b>SIDA</b> PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :				
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?		Oui	Non	NSP
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?				
[C] EN ALLAITANT ?				
	Au cours de la grossesse .....1	2	8	
	Pendant l'accouchement .....1	2	8	
	En allaitant.....1	2	8	
<b>HA8A.</b> Vérifier HA8[A], [B] et [C]: <input type="checkbox"/> Toutes: 'Non' ou 'NSP' <input type="checkbox"/> Aller à HA9. <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' <input type="checkbox"/> Continuer avec HA8B.				
<b>HA8B.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU <b>SIDA</b> POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>HA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU <b>SIDA</b> MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8			
<b>HA10.</b> 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 <b>SIDA</b> ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8			
<b>HA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU <b>SIDA</b> , SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRETE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8			
<b>HA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU <b>SIDA</b> , SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8			
<b>HA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU <b>SIDA</b> POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU <b>SIDA</b> ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8			
<b>HA13.</b> Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇨ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇨ Continuer avec HA14				
<b>HA14.</b> Vérifier MN1: A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇨ Aller à HA24				

VIH/SIDA (SUITE)		HA
<b>HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (<i>nom</i>),</b>  AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: <b>[A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE?</b>  <b>[B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?</b>  <b>[C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA? VOUS A-T-ON:</b> <b>[D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?</b>	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> SIDA par la mère ..... 1 2 8  Choses à faire ..... 1 2 8  Test de SIDA ..... 1 2 8  Proposé un test ..... 1 2 8	
<b>HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ HA19 8⇒ HA19
<b>HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ HA22 2⇒ HA22
<b>HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.</b>  APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ HA22 2⇒ HA22 8⇒ HA22
<b>HA19. Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B,C ou D)?</b> <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> NON, ACCOUCHEMENT PAS ASSISTE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE ⇒ ALLER A HA24		
<b>HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ HA24
<b>HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1⇒ HA25
<b>HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?</b>	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
<b>HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ HA27
<b>HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?</b>	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	
<b>HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP .....	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
<b>HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	

MORTALITE MATERNELLE		MM
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS FRERES ET SŒURS, C'EST-A-DIRE TOUS LES ENFANTS NES DE VOTRE MERE BIOLOGIQUE. INCLUEZ TOUS VOS SŒURS ET FRERES QUI VIVENT AVEC VOUS, CEUX QUI VIVENT AILLEURS ET CEUX QUI SONT DECEDES.		
<b>MM1.</b> A COMBIEN D'ENFANTS, VOUS MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T-ELLE DONNE NAISSANCE?	Nombre de naissances de la mère biologique _____	
<b>MM2. Vérifier MM1.</b> <input type="checkbox"/> Deux ou plus naissances ⇨ Continuer avec MM3 <input type="checkbox"/> Seulement une naissance (répondante seulement) ⇨ Aller au Module suivant (TA)		
<b>MM3.</b> COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE PROPRE NAISSANCE ?	Nombre de naissances précédentes _____	

	[S1] Le/la+ âgé(e)	[S2] Après le/la+ âgé(e)	[S3] Suivant(e)	[S4] Suivant(e)
<b>MM4.</b> QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2
<b>MM6.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST TOUJOURS VIVANT(E)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ MM8 NSP ..... 8 ⇨ [S2]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ MM8 NSP ..... 8 ⇨ [S3]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ MM8 NSP ..... 8 ⇨ [S4]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇨ MM8 NSP ..... 8 ⇨ [S5]
<b>MM7.</b> QUEL AGE A ( <i>nom</i> )?	_____ ⇨ Aller à [S2]	_____ ⇨ Aller à [S3]	_____ ⇨ Aller à [S4]	_____ ⇨ Aller à [S5]
<b>MM8.</b> IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDE(E)?	_____	_____	_____	_____
<b>MM9.</b> QUEL AGE AVAIT ( <i>nom</i> ) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM9A.</b> Vérifier MM5 et MM9.  Est-ce-qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S2]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S3]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S4]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S5]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10
<b>MM10.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2
<b>MM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2
<b>MM12.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui ..... 1 Non ..... 2
<b>MM13.</b> A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS ( <i>nom</i> ) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM14.</b>	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant(TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)

	[S5] Suivant	[S6] Suivant	[S7] Suivante	[S8] Suivante
<b>MM4.</b> QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2	Homme ..... 1 Femme ..... 2
<b>MM6.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST TOUJOURS VIVANT(E)?	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇒ MM8 NSP ..... 8 ⇒ [S6]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇒ MM8 NSP ..... 8 ⇒ [S7]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇒ MM8 NSP ..... 8 ⇒ [S8]	Oui ..... 1 Non ..... 2 ⇒ MM8 NSP ..... 8 ⇒ [S9]
<b>MM7.</b> QUEL AGE A ( <i>nom</i> )?	_____ ⇒ Aller à [S6]	_____ Aller à [S7]	_____ Aller à [S8]	_____ Aller à [S9]
<b>MM8.</b> IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDE(E)?	____	____	____	____
<b>MM9.</b> QUEL AGE AVAIT ( <i>nom</i> ) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	____	____	____	____
<b>MM9A.</b> Vérifier MM5 et MM9.  <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S6]  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S7]  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S8]  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S9]  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10
<b>MM10.</b> EST-CE QUE ( <i>nome</i> ) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2
<b>MM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non ..... 2
<b>MM12.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non ..... 2	Oui 1 Non ..... 2	Oui 1 Non ..... 2	Oui 1 Non ..... 2
<b>MM13.</b> A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS ( <i>nom</i> ) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	____	____	____	____
<b>MM14.</b>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>

Mettre une croix ici si un autre questionnaire est utilisé ☐

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
<b>TA1.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière ..... 00 Age.....	00⇒TA6
<b>TA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes .....	
<b>TA5.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	
<b>TA6.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares .....A Chicha.....B Cigarrillos.....C Pipe.....D  Autre (préciser) .....X	
<b>TA9.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL (SUITE)		TA
<b>TA10.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER OU DIP?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ TA14
<b>TA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ TA14
<b>TA12.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i>	Tabac à chiquer (mâcher) ..... A A priser ..... B DipC Autre (préciser) ..... X	
<b>TA13.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?  <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours ..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	
<b>TA14.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.  AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY, RHUM, ALCOOL DE MAIS (BOGANDA, LOKOTO), BIERE DE CANNE A SUCRE (LOUINGWILA), BIERE DE SUCRE (KELEWELE).  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool ..... 00 Age ..... ____	00 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA16.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL?  <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i> <i>Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois ..... 00 Nombre de jours ..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	00 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ..... ____	

## SATISFACTION DE LA VIE

LS

**LS1.** Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?

- ☐ Age 25 à 49 ➔ Aller à WM11
- ☐ Age 15 à 24 ➔ Continuer avec LS2

**LS2.** MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.

PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ?

VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.

*Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.*

Très heureuse ..... 1  
 Assez heureuse ..... 2  
 Ni heureuse ni malheureuse ..... 3  
 Assez malheureuse ..... 4  
 Très malheureuse ..... 5

**LS3.** MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.

POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE.

VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.

*Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.*

QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?

Très satisfaite ..... 1  
 Assez satisfaite ..... 2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3  
 Assez insatisfaite ..... 4  
 Très insatisfaite ..... 5

**LS4.** QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?

Très satisfaite ..... 1  
 Assez satisfaite ..... 2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3  
 Assez insatisfaite ..... 4  
 Très insatisfaite ..... 5

**LS5.** DURANT L'ANNEE SCOLAIRE actuelle 2014-2015, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?

Oui ..... 1  
 Non ..... 2

2 ➔ LS7

**LS6.** QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?

Très satisfaite ..... 1  
 Assez satisfaite ..... 2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3  
 Assez insatisfaite ..... 4  
 Très insatisfaite ..... 5

**LS7.** QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?

N'a pas de travail ..... 0  
 Très satisfaite ..... 1  
 Assez satisfaite ..... 2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3  
 Assez insatisfaite ..... 4  
 Très insatisfaite ..... 5

**LS8.** QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?

Très satisfaite ..... 1  
 Assez satisfaite ..... 2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3  
 Assez insatisfaite ..... 4  
 Très insatisfaite ..... 5

SATISFACTION DE LA VIE (SUITE)		LS
<b>LS9.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS10.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS11.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS12.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS13.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?  <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu .....0  Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS14.</b> COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée .....1 Plus ou moins la même .....2 Empiré .....3	
<b>LS15.</b> ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?	Meilleure .....1 Plus ou moins la même .....2 Pire.....3	

<b>WM11.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... : .....	
-----------------------------------	--------------------------------	--

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

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

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



## OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

## OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

### CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :



## Annexe F3 : QUESTIONNAIRE ENFANT



QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

INSTITUT NATIONAL DE LA  
STATISTIQUE DU CONGO

## PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir liste des membres du ménage, colonne HL15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.

UF1. Numéro de grappe :

\_\_\_\_\_

UF2. Numéro de ménage :

\_\_\_\_\_

UF3. Nom de l'enfant :

Nom .....

UF4. Numéro de ligne de l'enfant :

\_\_\_\_\_

UF5. Nom de la mère / gardienne :

Nom .....

UF6. Numéro de ligne de la mère / gardien(ne) :

\_\_\_\_\_

UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice :

Nom .....

UF8. Jour / Mois / Année de l'interview :

\_\_\_\_/\_\_\_\_/201\_\_

*Si n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond:*

NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (**INS**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

*Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à la personne qui répond, lire la phrase suivante:*

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (**nom de l'enfant en UF3**). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

☐ Oui, permission accordée ➔ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.

☐ Non, permission non accordée ➔ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :

Les codes font référence à la mère/gardienne.

Rempli ..... 01

Pas à la maison ..... 02

Refusé ..... 03

Partiellement rempli ..... 04

Incapacité ..... 05

Autre (*préciser*) ..... 96

UF9A. Langue de l'entretien:

Kituba.....1 Lingala....2

Français.....3 Autre.....6

## UF12. ENREGISTRER L'HEURE.

Heure et minutes \_\_\_\_ : \_\_\_\_

AGE		AG
<p><b>AG1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE DEVELOPPEMENT ET LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p>EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour</p> <p>Le mois et l'année doivent obligatoirement être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour ..... ____</p> <p>NSP Jour ..... 98</p> <p>Mois ..... ____</p> <p>Année ..... 2 0 ____</p>	
<p><b>AG2.</b> QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p>Enregistrer l'âge en années révolues.</p> <p>Si moins de 1 an, enregistrer '0'.</p> <p>Comparer et corriger AG1 et/ou AG2 si incohérentes.</p>	<p>Âge (en années révolues)..... ____</p>	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<p><b>BR1.</b> (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN ACTE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu ..... 1</p> <p>Oui, non vu ..... 2</p> <p>Non ..... 8</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>1 ⇨ Module Suivant (EC)</p> <p>2 ⇨ Module Suivant (EC)</p>
<p><b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE à l'état civil ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>1 ⇨ Module Suivant (EC)</p>
<p><b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT					EC
<b>EC1.</b> COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR ( <i>nom</i> ) ?		Aucun..... 00 Nombre de livres d'enfant..... 0 ____ Dix livres ou plus ..... 10			
<b>EC2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS ( <i>nom</i> ) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :  [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?  [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?  [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?  Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.		O N NSP  Jouets fabriqués à la maison..... 1 2 8  Jouets de magasin ..... 1 2 8  Objets du ménage ou objets du dehors ..... 1 2 8			
<b>EC3.</b> PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS.  AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE ETE:  [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?  Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'		Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ..... ____  Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure ..... ____			
<b>EC4.</b> Vérifier AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Aller au Module suivant (BD) <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇨ Continuer avec EC5					
<b>EC5.</b> ( <i>Nom</i> ) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?		Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8			
<b>EC7.</b> PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC ( <i>nom</i> ) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :  Si oui, demander: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC ( <i>nom</i> ) ?  Encercler tout ce qui est mentionné. [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC ( <i>nom</i> ) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES A ( <i>nom</i> ) ? [C] CHANTER DES CHANSONS A ( <i>nom</i> ) OU AVEC ( <i>nom</i> ), Y COMPRIS DES BERCEUSES ? [D] EMMENER ( <i>nom</i> ) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ? [E] JOUER AVEC ( <i>nom</i> ) ? [F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC ( <i>nom</i> )?		Mère	Père	Autre	Personne
Lire des livres		A	B	X	Y
Raconter des histoires		A	B	X	Y
Chanter des chansons		A	B	X	Y
Promener		A	B	X	Y
Jouer		A	B	X	Y
Nommer/Compter		A	B	X	Y

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT (SUITE)		EC
<p><b>EC8.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC9.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC10.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES NOMBRES DE 1 A 10 ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC11.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC12.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC13.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC14.</b> QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (<i>nom</i>), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC15.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC16.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>EC17.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

## ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE

BD

## BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant

- ☐ L'enfant a 0, 1 ou 2 ans → Continuer avec BD2
- ☐ L'enfant a 3 ou 4 ans → Aller au Module TRAITEMENT DES MALADIES (CA)

BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....	1	2 → BD4 8 → BD4
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....	1	
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON ?	Oui.....	1	
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?	Oui.....	1	
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES OU DES SUPPLÉMENTS MINÉRAUX ?	Oui.....	1	
	Non.....	2	
	NSP.....	8	

<b>BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS.</b>  <b>SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMÉS EN DEHORS DE LA MAISON.</b>  <b>EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:</b>  <b>[A] DE L'EAU SIMPLE?</b>  <b>[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS À BASE DE JUS DE FRUITS?</b>  <b>[C] SOUPE CLAIRE C'EST-À-DIRE UN BOUILLON DE LÉGUME, DE POISSON, DE VOLAILLE OU DE VIANDE SANS LES MORCEAUX ?</b>  <b>[D] DU LAIT EN BOÎTE EN POUDRE OU LIQUIDE D'ORIGINE ANIMALE ?</b>  <i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>  <b>[E] UNE PRÉPARATION POUR BÉBÉ VENDUE EN COMMERCE?</b>  <i>Si oui : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PRÉPARATION POUR BÉBÉ ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>  <b>[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ?</b> <i>Préciser _____</i>					
		O	N	NSP	
	De l'eau	1	2	8	
	Jus ou boissons à base de jus	1	2	8	
	Soupe claire	1	2	8	
	Lait	1	2	8	
	Nombre de fois lait bu			—	
	Préparation pour bébé	1	2	8	
	Nombre de fois préparation pour bébé			—	
	Autres liquides	1	2	8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE (SUITE)					BD
<b>BD8. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.</b>					
EST-CE QUE (nom) A MANGÉ (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :		O	N	NSP	
[A] YAOURT?	Yaourt	1	2	8	
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGÉ/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt	—			
[B] N'IMPORTE QUELLE MARQUE DE NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE, COMME CERELAC, BLEDINA, BLEDILAC, PHOSPHATINE ?	Cérélac, Blédina, Blédilac, Phosphatine	1	2	8	
[C] DU PAIN, RIZ, BISCUITS, BEIGNETS, PATES, PORRIDGE, BOUILLIE OU AUTRES PREPARATIONS A BASE DE MAÏS, BLE, MIL, SORGHO, SOJA, OU AUTRES CEREALES?	Aliments faits à base de céréales?	1	2	8	
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, IGNAME JAUNE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNES OU ORANGES A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8	
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME BLANCHES, DU MANIOC, DU TARO OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT A BASE DES TUBERCULES ?	Pommes de terre, ignames, manioc, etc.	1	2	8	
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE COMME LES EPINARDS, L'AMARANTE, LES FEUILLES DE MANIOC ?	Légumes à feuilles vert foncé comme les épinards, l'amarante, les feuilles de manioc	1	2	8	
[G] DES MANGUES MURES/PAPAYES MURES/ GOYAVE MURE ?	Mangues mûres, papaye,	1	2	8	
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES, ORANGE, MANGOUSTAN, LETHIE?	Autres fruits et légumes	1	2	8	
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8	
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, DE PORC, D'AGNEAU, DE MOUTON, DE CHEVRE, DE LA VIANDE DE CHASSE, DU POULET, DU CANARD OU AUTRE VOLAILLE OU OISEAU ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8	
[P] DES SAUTERELLES, GRILLONS, ESCARGOTS, TERMITES, CHENILLES, LARVES ?	Sauterelles, termites, larves, etc.	1	2	8	
[K] DES ŒUFS?	Œufs	1	2	8	
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE, DES CREVETTES, LANGOUSTES OU AUTRES CRUSTACES ?	Poisson frais ou séché	1	2	8	
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU ARACHIDES ET AUTRES NOIX?	Aliments à base de haricots, pois, arachides, etc.	1	2	8	
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT A BASE DE LAIT AUTRE QUE LE YAOURT ?	Fromage ou autres produits laitiers	1	2	8	
[Q] PREPARATION A BASE D'HUILE DE PALME, DE SAUCE DE NOIX DE PALME ?	Préparation à base d'huile de palme,	1	2	8	
[O] N'IMPORTE QUEL AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE, OU MOU QUE JE N'AI PAS MENTIONNE ?	Autre aliment solide, semi-solide, ou mou	1	2	8	
Préciser _____					
<b>BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O")</b> <input type="checkbox"/> Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇨ Aller à BD11 <input type="checkbox"/> Sinon ⇨ Continuer avec BD10					
<b>BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous (en bouillie, purée) hier, pendant le jour ou la nuit ?</b> <input type="checkbox"/> L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇨ Aller au module suivant (IM) <input type="checkbox"/> L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇨ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11					
<b>BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGÉ DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS (BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</b>  Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.		Nombre de fois .....  NSP .....8			

## VACCINATIONS

IM

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

<b>IM1.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE ( <i>nom</i> ) SONT ENREGISTREES? ( <i>Si Oui</i> ) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		Oui, vu ..... 1	1⇒IM3
		Oui, non vu ..... 2	2⇒IM6
		Pas de carnet ..... 3	
<b>IM2.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ EU UN CARNET DE VACCINATION POUR ( <i>nom</i> ) ?		Oui 1	1⇒IM6
		Non ..... 2	2⇒IM6
<b>IM3.</b>			
(a) Copier les dates de chaque vaccin du carnet.		Date de la vaccination	
(b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si le carnet montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.		jour	Mois Année
<b>BCG À LA NAISSANCE</b>	<b>BCG</b>		
<b>POLIO A LA NAISSANCE</b>	<b>POL0</b>		
<b>POLIO 1</b>	<b>POL1</b>		
<b>POLIO 2</b>	<b>POL2</b>		
<b>POLIO 3</b>	<b>POL3</b>		
<b>DTC0Q 1</b>	<b>DPT1</b>		
<b>DTC0Q 2</b>	<b>DPT2</b>		
<b>DTC0Q 3</b>	<b>DPT3</b>		
<b>HEPB À LA NAISSANCE</b>	<b>HEP0</b>		
<b>HEPB 1</b>	<b>HEP1</b>		
<b>HEPB 2</b>	<b>HEP2</b>		
<b>HEPB 3</b>	<b>HEP3</b>		
<b>HIB 1</b>	<b>HIB1</b>		
<b>HIB 2</b>	<b>HIB2</b>		
<b>HIB 3</b>	<b>HIB3</b>		
<b>PENTAVALENT 1</b>	<b>PENTA 1</b>		
<b>PENTAVALENT 2</b>	<b>PENTA 2</b>		
<b>PENTAVALENT 3</b>	<b>PENTA 3</b>		
<b>PCV 1</b>	<b>PCV 1</b>		
<b>PCV2</b>	<b>PCV 2</b>		
<b>PCV 3</b>	<b>PCV 3</b>		
<b>ROUGEOLE (VAR)</b>	<b>ROUG.</b>		
<b>FIEVRE JAUNE</b>	<b>FJ</b>		
<b>VITAMINE A (PREMIERE DOSE)</b>	<b>VitA1</b>		
<b>VITAMINE A (DEUXIEME DOSE)</b>	<b>VitA2</b>		
<b>IM4.</b> Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de <b>BCG à fièvre jaune</b> ) sont enregistrés ?			
<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19			
<input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5			
<b>IM5.</b> EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNÉES DE VACCINATIONS ?			
<input type="checkbox"/> Oui ⇒ retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19			
<input type="checkbox"/> Non/NSP ⇒ Aller à IM19			
<b>IM6.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU DES VACCINS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DES JOURNÉES DE VACCINATIONS ?		Oui 1	
		Non ..... 2	2⇒IM19
		NSP ..... 8	8⇒IM19



VACCINATIONS (SUITE 1)		IM
<b>IM7.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	
<b>IM8.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE LA POLIO ?	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM11 8⇒IM11
<b>IM9.</b> EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE CONTRE LA POLIO A ÉTÉ DONNÉE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE ?	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2	
<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	
<b>IM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU « LE VACCIN DTCOQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin du DTCOQ est parfois donné en même temps que la polio.</i>	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM13 8⇒IM13
<b>IM12.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	
<b>IM13.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B – UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER L'HÉPATITE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCOQ</i>	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM15A 8⇒IM15A
<b>IM14.</b> EST-CE QUE LA PREMIÈRE DOSE D'HÉPATITE B A ÉTÉ DONNÉE DANS LES 24H APRÈS LA NAISSANCE ?	<b>Oui1</b> <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	
<b>IM15.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HÉPATITE B A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	
<b>IM15A.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION DE HIB DANS LA CUISSE POUR LUI ÉVITER D'ATTRAPER HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ?	<b>Oui1</b>  <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM15C 8⇒IM15C
<b>IM15B.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN HIB A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	
<b>IM15C.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU « UN VACCIN PENTA » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE À 2 MOIS, 3 MOIS OU 4 MOIS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTÉRIE, L'HÉPATITE B ET L'HAEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B ? <i>Insister en précisant que le vaccin du PENTA est parfois donné en même temps que la polio.</i>	<b>Oui1</b>  <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM15E 8⇒IM15E
<b>IM15D.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE PENTA A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	
<b>IM15E.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DÉJÀ REÇU UN VACCIN COMBINÉ À PNEUMOCOQUE – UNE INJECTION À LA CUISSE GAUCHE OU À LA CUISSE DROITE POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA PNEUMONIE ? <i>Insister en précisant que le vaccin combiné à pneumocoque est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du PENTA</i>	<b>Oui1</b>  <b>Non</b> .....2 <b>NSP</b> .....8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM15F.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN COMBINÉ À PNEUMOCOQUE A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	<b>Nombre de fois</b> .....	

## VACCINATIONS (SUITE 2)

IM

**IM16.** EST-CE QUE (*nom*) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (OU VAR) C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?

Oui1  
Non ..... 2  
NSP ..... 8

**IM17.** EST-CE QUE (*nom*) A DÉJÀ REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ?

Oui1  
Non ..... 2  
NSP ..... 8

*Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.*

**IM19.** Dites-moi, s'il vous plaît, si (*nom*) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de Vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes:

[A] Novembre 2014/Polio

[B] Octobre 2014/Polio

[C] juin-juillet 2014/Polio et supplémentation en vitamine a

[D] Décembre 2013/Campagne a de suivi rougeole et vitamine a

[E] Octobre 2013/CAMPAGNE B POLIO

[F] Aout 2013/CAMPAGNE C, POLIO

[G] Janvier 2013/CAMPAGNE D, FIEVRE JAUNE (EWO, MBAMA ET OKOYO) CUVETTE-OUEST

[H] MAI-JUIN 2012/CAMPAGNE RIPOSTE ROUGEOLE (BRAZZAVILLE, CUVETTE, PLATEAU, POOL, BOUENZA, LIKOUALA)

O N NSP

Novembre 2014.....1 2 8

Octobre 2014.....1 2 8

Juin-juillet 2014.....1 2 8

Décembre 2013.....1 2 8

Octobre 2013.....1 2 8

Août 2013.....1 2 8

Janvier 2013.....1 2 8

Mai - Juin 2012.....1 2 8

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA6A 8 ⇒ CA6A
<b>CA2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE A ( <i>nom</i> ) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL).  PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?  <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 Rien à boire ..... 5 NSP ..... 8	
<b>CA3.</b> PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ?  <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 A arrêté nourriture ..... 5 N'a jamais donné à manger ..... 6 NSP ..... 8	
<b>CA3A.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ CA4 8 ⇒ CA4
<b>CA3B.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?  <i>Insister :</i> NULLE NE PART AILLEURS ?  Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.  Insister pour identifier chaque type d'endroit.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital ..... A Centre de santé/CSI ..... B Poste de santé ..... C Agent de santé communautaire ..... D  Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... H  Secteur médical privé Hôpital privé ..... I Médecin privé ..... J Pharmacie privée ..... K Clinique privée ..... M  Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... O  Autre source Parent (e)/ Ami (e) ..... P Boutique ..... Q Praticien traditionnel ..... R  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<b>CA4.</b> AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ A BOIRE A ( <i>nom</i> ) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:	O N NSP  Liquide sachet SRO ..... 1 2 8 Liquide SRO pré conditionné ..... 1 2 8	
<b>CA4A. Vérifier CA4 : SRO</b> <input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('Oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C		

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 1)		CA
<b>CA4B. OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</b>  Insister pour identifier chaque type d'endroit.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.  <hr/> (Nom de l'endroit)	<b>Secteur public</b> Hôpital ..... 11 Centre de santé/CSI ..... 12 Poste de santé ..... 13 Agent de santé communautaire ..... 14  Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... 16  <b>Secteur médical privé</b> Hôpital privé ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique privée ..... 25  Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 26  <b>Autre source</b> Parent (e)/ Ami (e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché (étalage) ..... 34 Dans la rue (vendeur ambulant) ..... 35  En avait déjà à la maison ..... 40  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	
<b>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (nom) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</b>  DES COMPRIMÉS/ DU SIROP DE ZINC?	<b>O N NSP</b>  Comprimés/ du sirop de Zinc.....1 2 8	
<b>CA4D. Vérifier CA4C: A eu du zinc?</b> <input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ➔ Continuer avec CA4E <input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ➔ Aller à CA4F		
<b>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</b>  Insister pour obtenir une source.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.  <hr/> (Nom de l'endroit)	<b>Secteur public</b> Hôpital ..... 11 Centre de santé/CSI ..... 12 Poste de santé ..... 13 Agent de santé communautaire ..... 14  Autre médical public ( <i>préciser</i> ) ..... 16  <b>Secteur médical privé</b> Hôpital privé ..... 21 Médecin privé ..... 22 Pharmacie privée ..... 23 Clinique privée ..... 25  Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 26  <b>Autre source</b> Parent (e)/ Ami (e) ..... 31 Boutique ..... 32 Praticien traditionnel ..... 33 Marché (étalage) ..... 34 Dans la rue (vendeur ambulant) ..... 35  En avait déjà à la maison ..... 40  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 2)		CA
<b>CA4F.</b> AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:  Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.  [A] EAU DE RIZ SALÉE  [B] SOLUTION SUCRÉE ET SALÉE (SSS)  [C] JUS DE FEUILLES DE GOYAVES PILÉES	O N NSP  Eau de riz salée.....1 2 8  Solution sucrée et salée (SSS).....1 2 8  Jus de feuilles de goyaves pilées.....1 2 8	
<b>CA5.</b> EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒CA6A  8⇒CA6A
<b>CA6.</b> QU'A-T-ON DONNÉ (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?  <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?  <i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrive le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i>  _____ (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique .....A Anti motilité .....B Autre (pas antibiotique, anti motilité ou zinc) .....G Comprimé ou sirop inconnu .....H  Injection Antibiotique ..... L Non-antibiotique..... M Injection inconnue.....N  Intraveineuse .....O  Remède maison/ herbes médicinales .....Q  Autre (préciser) .....X	
<b>CA6A.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A EU DE LA FIEVRE À N'IMPORTE QUEL MOMENT ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒CA7  8⇒CA7
<b>CA6B.</b> À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRÉLEVÉ AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒CA7  8⇒CA7
<b>CA6C.</b> QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DU TEST FAIT À (nom)?	Positif ..... 1 Négatif..... 2  NSP..... 8	
<b>CA7.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (nom) A ÉTÉ MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒CA9A  8⇒CA9A
<b>CA8.</b> QUAND (nom) ÉTAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTÉS POUR RESPIRER ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒CA10  8⇒CA10

TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 3)		CA	
<b>CA9.</b> LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches seulement..... 1	1⇒CA10	
	Nez bouché ou qui coulait seulement..... 2	2⇒CA10	
	Les deux..... 3	3⇒CA10	
	Autre ( <i>préciser</i> )..... 6	6⇒CA10	
	NSP ..... 8	8⇒CA10	
<b>CA9A.</b> Vérifier CA6A : A eu de la fièvre			
<input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10			
<input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14			
<b>CA10.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui ..... 1	2⇒CA12	
	Non ..... 2		
	NSP ..... 8		
<b>CA11.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?  <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?  Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne pas suggérer de réponse.  Insister pour identifier chaque type d'endroit.  Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital ..... A Centre de santé/CSI ..... B Poste de santé ..... C Agent de santé communautaire ..... D  Autre public ( <i>préciser</i> )..... H  Secteur médical privé Hôpital privé ..... I Médecin privé ..... J Pharmacie privée ..... K Clinique privée ..... M  Autre médical privé ( <i>préciser</i> )..... O  Autre source Parent (e)/ Ami (e) ..... P Boutique ..... Q Praticien traditionnel ..... R  Autre ( <i>préciser</i> )..... X		
	<b>CA12.</b> A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?		
	Oui ..... 1	2⇒CA14	
	Non ..... 2		
	NSP ..... 8		
			8⇒CA14

## TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 4)

CA

**CA13. QUEL(S) MÉDICAMENT(S) A-T-ON DONNÉ A (nom) ?***Insister :*

AUCUN AUTRE MÉDICAMENT ?

Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.

\_\_\_\_\_

(Nom des médicaments)

## Anti-paludéens:

SP / Fansidar..... A

Amodiaquine..... C

Quinine ..... D

Combinaison avec Artémisinine/Coart..... E

Autre anti-paludéen

(préciser) \_\_\_\_\_ H

## Antibiotiques:

Comprimés / Sirop ..... I

Injection ..... J

## Autres médicaments :

Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen..... P

Aspirine ..... Q

Ibuprofen (Advil, etc..)..... R

Autre (préciser) \_\_\_\_\_ X

NSP ..... Z

**CA13A. Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J) ?**☐ Oui. ➡ Continuer avec CA13B☐ Non. ➡ Aller à CA13C**CA13B. OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?**

Insister pour identifier chaque type d'endroit.

Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.

\_\_\_\_\_

(Nom de l'endroit)

## Secteur public

Hôpital..... 11

Centre de santé/CSI ..... 12

Poste de santé ..... 13

Agent de santé communautaire ..... 14

Autre médical public (préciser) \_\_\_\_\_ 16

## Secteur médical privé

Hôpital privé..... 21

Médecin privé..... 22

Pharmacie privée ..... 23

Clinique privée ..... 25

Autre médical privé (préciser) \_\_\_\_\_ 26

## Autre source

Parent (e)/ Ami (e)..... 31

Boutique ..... 32

Praticien traditionnel ..... 33

Marché (étalage) ..... 34

Dans la rue (vendeur ambulant) ..... 35

En avait déjà à la maison ..... 40

Autre (préciser) \_\_\_\_\_ 96

**CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?**☐ Oui. ➡ Continuer avec CA13D☐ Non. ➡ Aller à CA14

## TRAITEMENT DES MALADIES (SUITE 5)

CA

**CA13D.** OU AVEZ-VOUS EU LE (nom du médicament de CA13)?

Insister pour identifier chaque type d'endroit.

Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.

(Nom de l'endroit)

## Secteur public

Hôpital.....11  
 Centre de santé/CSI.....12  
 Poste de santé .....13  
 Agent de santé communautaire.....14  
 Autre médical public (préciser) .....16

## Secteur médical privé

Hôpital privé.....21  
 Médecin privé.....22  
 Pharmacie privée .....23  
 Clinique privée .....25  
 Autre médical privé (préciser) .....26

## Autre source

Parent (e)/ Ami (e).....31  
 Boutique .....32  
 Praticien traditionnel .....33  
 Marché (étalage) .....34  
 Dans la rue (vendeur ambulant) .....35

En avait déjà à la maison .....40

Autre (préciser) .....96

**CA13E.** COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13)?

Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.

Même jour .....0  
 Jour suivant .....1  
 2 jours après début de la fièvre.....2  
 3 jours après début de la fièvre.....3  
 4 jours ou plus après début de la fièvre.....4  
 NSP .....8

**CA14.** Vérifier AG2 : Age de l'enfant☐ Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇨ Continuer avec CA15☐ Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇨ Aller à UF13**CA15.** LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?

Enfant a utilisé toilettes / latrines .....01  
 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines .....02  
 Jeté / Rincé dans caniveau ou rigole .....03  
 Jeté aux ordures (déchets solides) .....04  
 Enterré.....05  
 Laissé à l'air libre .....06  
 Autre (préciser) .....96  
 NSP .....98

**UF13.** Enregistrer l'heure.

HEURE ET MINUTES \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**UF14.** VERIFIER LA LISTE DES MEMBRES DU MENAGE

EST-CE QUE L'ENQUETE(E) EST LA MERE OU LE/LA GARDIEN(NE) D'UN AUTRE ENFANT AGE DE 0-4 ANS VIVANT DANS CE MENAGE ?

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

☐ Non. ⇨ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage

Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.



ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/grandeur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1.NOM ET CODE DU MESUREUR :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures .....1 Enfant non présent.....2 Enfant ou gardienne a refusé .....3 Autre (préciser) .....6	2⇒ AN6 3⇒ AN6 6⇒ AN6
AN3.Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) ..... Poids non mesuré ..... 99,9	
AN3A.Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas pu être déshabillé jusqu'au minimum		
AN3B. Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ⇒ Mesurer la grandeur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
AN4.Grandeur ou taille de l'enfant	Grandeur/Taille ..... Grandeur/Taille pas mesurée ..... 999,9	⇒ AN6
AN4A.Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché .....1 Debout .....2	
AN6.Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR/ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

OBSERVATIONS DU MESUREUR

## Annexe F4 : QUESTIONNAIRE HOMME



QUESTIONNAIRE HOMME  
version française

INSTITUT NATIONAL DE  
LA STATISTIQUE DU CONGO

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME		MWM
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 49 ans (voir colonne HL7A de la liste des membres du Ménage ou l'enquête homme est prévu). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque homme éligible.</i></p>		
MWM1. Numéro de grappe :	MWM2. Numéro de ménage :	
_____	_____	
MWM3. Nom de l'homme :	MWM4. Numéro de ligne de l'homme:	
Nom _____	_____	
MWM5. Nom et code de l'enquêteur :	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview :	
Nom _____	____/____/201__	
<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i>  MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 25 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ➡ Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ➡ Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>		

MWM7. Résultat de l'enquête Homme	Rempli.....01
Vérifier la présence d'autres hommes éligibles ou d'autres enfants de moins de 5 ans dans le ménage.	Pas à la maison.....02
	Refus.....03
	Partiellement rempli.....04
	Incapacité.....05
	Autre (préciser) _____ 96

MWM8A. Langue de l'entretien :
Kituba.....1      Français.....3
Lingala.....2      Autre.....6

MWM10. Enregistrer l'heure .	HEURES ET MINUTES ____ : ____
------------------------------	-------------------------------

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME		MWB
<b>MWB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois..... __ __ NSP mois ..... 98 Année..... __ __ NSP année..... 9998	
<b>MWB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparer et corriger MWB1 et/ou MWB2 si incohérentes</i>	Age (en années révolues)..... __ __	
<b>MWB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MWB7
<b>MWB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire 1 ..... 2 Secondaire 2 ..... 3 Supérieur ..... 4	0 ⇒ MWB7
<b>MWB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"</i>	Année/Classe ..... __ __	
<b>MWB6.</b> Vérifier WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire (MWB4=1) ⇒ Continuer avec MWB7.		
<b>MWB7.</b> J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrez les phrases à l'enquête.</i> <i>Si l'enquête ne peut pas lire une phrase entière, insistez :</i>  POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties ..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquête ..... 4 <div style="text-align: right;">(préciser langue)</div> Aveugle/problème de vue ..... 5	

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

FECONDITE		MCM
<b>MCM1.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. JE SUIS INTERESSE PAR TOUS LES ENFANTS QUI SONT LES VOTRES BIOLOGIQUEMENT, MEME SI LEGALEMENT CE NE SONT PAS LES VOTRES OU S'ILS NE PORTENT PAS VOTRE NOM. AVEZ-VOUS DEJA EU DES ENFANTS ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒MCM8  8⇒MCM8
<b>MCM3.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?	Age en années.....__ __	
<b>MCM4.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM6
<b>MCM5.</b> COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?  COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison.....__ __  Filles à la maison .....__ __	
<b>MCM6.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM8
<b>MCM7.</b> COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?  COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs .....__ __  Filles ailleurs .....__ __	
<b>MCM8.</b> AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?  <i>Si "Non" insister et demander :</i> JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM10
<b>MCM9.</b> COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?  COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés.....__ __ Filles décédées.....__ __	
<b>MCM10.</b> Faire la somme des réponses à MCM5, MCM7 et MCM9.	Somme.....__ __	
<b>MCM11.</b> JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (NOMBRE TOTAL DE MCM10) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?  <input type="checkbox"/> Oui. Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuer avec MCM11A <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifier les réponses aux questions MCM1-MCM10 et faire les corrections si nécessaire		
<b>MCM11A.</b> EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE ONT LA MEME MERE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒MCM12
<b>MCM11B.</b> AU TOTAL, AVEC COMBIEN DE FEMMES AVEZ-VOUS EU DES ENFANTS ?	Nombre de femmes .....__ __	
<b>MCM12.</b> QUAND EST-CE QU'EST NE LE DERNIER ENFANT DES (nombre total à MCM10) ENFANTS DONT VOUS ETES LE PERE BIOLOGIQUE (MEME S'IL OU ELLE EST DECEDE(E)) ?  Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de la dernière naissance  Mois .....__ __ Année.....__ __	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE				MDV
<b>MDV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</b>		Oui	Non	NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente .....	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels .....	1	2	8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS LA BELLE-FAMILLE ?	Ne respecte pas la belle-famille .....	1	2	8
[G] SI ELLE EST INFIDELE ?	Est infidèle .....	1	2	8
[H] SI ELLE MANQUE DE RESPECT A SON MARI ?	Manque de respect à son mari .....	1	2	8
[I] SI ELLE DEPENSE SANS L'AUTORISATION DU MARI ?	Dépense sans autorisation .....	1	2	8

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

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
<b>Vérifier la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faire tout ce qui est possible pour vous trouver en privé avec l'enquêteur.</b>		
<b>MSB1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ?  LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels .....00 Age en années ..... __ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) femme/partenaire .....95	00⇒ Module suivant
<b>MSB2.</b> LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP / Ne se souvient pas.....8	
<b>MSB3.</b> QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?  <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an).            Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours ..... 1 __ __ Il y a ... semaines ..... 2 __ __ Il y a ... mois ..... 3 __ __ Il y a ... ans ..... 4 __ __	4⇒MSB15
<b>MSB4.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui .....1 Non .....2	
<b>MSB5.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?  <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i>  <i>Si 'petite amie', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Epouse/femme .....1 Partenaire cohabitante .....2 Petite amie .....3 Rencontre occasionnelle .....4 Prostituée .....5  Autre (préciser) ..... 6	
<b>MSB8.</b> AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒MSB15
<b>MSB9.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui .....1 Non .....2	
<b>MSB10.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?  <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i>  <i>Si 'petite amie', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Epouse/femme .....1 Partenaire cohabitante .....2 Petite amie .....3 Rencontre occasionnelle .....4 Prostituée .....5  Autre (préciser) ..... 6	
<b>MSB13.</b> MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒MSB15
<b>MSB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires ..... __ __	
<b>MSB15.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?  <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i>  <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie ..... __ __  NSP .....98	



VIH/SIDA		MHA															
<b>MHA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui .....1 Non .....2	2 ➡ Module suivant															
<b>MHA2.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA6.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8																
<b>MHA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :																	
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?																	
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?																	
[C] EN ALLAITANT ?																	
<b>MHA8A.</b> Vérifier MHA8[A], [B] et [C]: <input type="checkbox"/> Toutes: 'Non' ou 'NSP' <input type="checkbox"/> Aller à MHA9. <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' <input type="checkbox"/> Continuer avec MHA8B.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au cours de la grossesse .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Au cours de la grossesse .....	1	2	8	Pendant l'accouchement .....	1	2	8	En allaitant.....	1	2	8
	O	N	NSP														
Au cours de la grossesse .....	1	2	8														
Pendant l'accouchement .....	1	2	8														
En allaitant.....	1	2	8														

VIH/SIDA (SUITE)		MHA
<b>MHA8B.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>MHA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MHA27
<b>MHA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	
<b>MHA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
<b>MHA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	

CIRCONCISION		MMC
<b>MMC1.</b> CERTAINS HOMMES SONT CIRCONCIS, C'EST-A-DIRE QUE LEUR PREPUCE A ETE COMPLETEMENT ENLEVE DE LA VERGE., .EST-CE QUE VOUS ETES CIRCONCIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>MMC2.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ ETE CIRCONCIS?	Age en années révolues .....__ __ NSP ..... 98	
<b>MMC3.</b> QUI VOUS A CIRCONCIS ?	Praticien traditionnel/famille/ami ..... 1 Agent de santé/professionnel santé ..... 2 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	
<b>MMC4.</b> OU EST-CE QUE CELA A ETE FAIT ?	Structure de santé ..... 1 Domicile agent de santé/professionnel ..... 2 Circoncision faite à la maison ..... 3 Site rituel ..... 4 Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		MTA
<b>MTA1.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA2.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière ..... 00 Age..... ____	00⇒MTA6
<b>MTA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MTA6
<b>MTA4.</b> AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes..... ____	
<b>MTA5.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES?  <i>Si moins de 10 jours, notez le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	
<b>MTA6.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MTA10
<b>MTA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒MTA10
<b>MTA8.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encerclez tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares ..... A Chicha..... B Cigarrillos..... C Pipe..... D Autre (préciser) ..... X	
<b>MTA9.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?  <i>Si moins de 10 jours, notez le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____  10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10  Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	

CONSOMMATION DE TABAC ET DALCOOL (SUITE)		MTA
<b>MTA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ MTA14
<b>MTA12.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encerclez tout ce qui est mentionné</i>	Tabac à chiquer ..... A A priser ..... B DipC  Autre (à spécifier) ..... X	
<b>MTA13.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?  <i>Si moins de 10 jours, notez le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"</i>	Nombre de jours ..... 0 ____  10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10  Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	
<b>MTA14.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.  AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant
<b>MTA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY, RHUM, ALCOOL DE MAIS (BOGANDA, LOTOKO), BIERE DE CANNE A SUCRE (LOUINGWILA), BIERE DE SUCRE (KELEWELE).  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool ..... 00 Age ..... ____	00 ⇨ Module suivant
<b>MTA16.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL?  <i>Si le répondant n'a pas bu, encerclez "00".</i> <i>Si moins de 10 jours, notez le nombre de jours.</i> <i>Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encerclez "10".</i> <i>Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encerclez "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois ..... 00 Nombre de jours ..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	00 ⇨ Module suivant
<b>MTA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ..... ____	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
<b>MLS1. VérifierWMB2: Age du répondant entre 15 et 24 ?</b> <input type="checkbox"/> Age 25- 49 ➡ Aller à MWM11 <input type="checkbox"/> Age 15-à 24 ➡ Continuer avec MLS2		
<b>MLS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</b>  PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRES MALHEUREUX ?  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêté.</i>	Très heureux..... 1 Assez heureux..... 2 Ni heureux ni malheureux ..... 3 Assez malheureux ..... 4 Très malheureux..... 5	
<b>MLS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</b>  POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE.  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i>  QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS4. Quel est votre niveau de satisfaction VIS-A-VIS DE VOS AMIS?</b>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE 2014-2015, ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?</b>	Oui ..... 1 Non..... 2	2 ➡ MLS7
<b>MLS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?</b>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?</b>	N'a pas de travail..... 0 Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</b>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	
<b>MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ?</b>  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfait ..... 1 Assez satisfait..... 2 Ni satisfait ni insatisfait..... 3 Assez insatisfait..... 4 Très insatisfait ..... 5	

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

MWM11. Enregistrer l'heure

HEURE ET MINUTES \_\_\_\_ : \_\_\_\_

MWM12. Vérifier la feuille d'enregistrement des membres du ménage dans le questionnaire Ménage, colonne HL9.

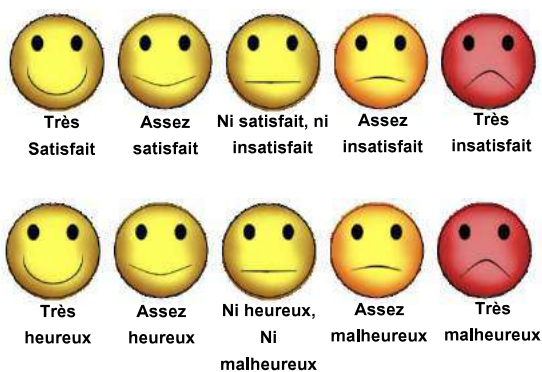
Est-ce que le répondant est le gardien d'un enfant de 0-4 ans qui vit dans ce ménage ?

- ☐ Oui ➔ Aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquêté.
- ☐ Non. ➔ Terminer l'interview de cet enquêté en le remerciant pour sa coopération. Vérifier la présence d'autres hommes éligibles ou d'autres enfants de moins de 5 ans dans le ménage.

## OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

## OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

### CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :





## Annexe F5 : QUESTIONNAIRE QUALITE DE L'EAU



QUESTIONNAIRE TEST DE LA QUALITE  
DE L'EAU

INSTITUT NATIONAL DE  
LA STATISTIQUE DU CONGO

PANNEAU D' INFORMATION SUR LE MENAGE		WQ
<p><i>Ce questionnaire devra être utilisé pour les ménages qui ont été sélectionnés pour le test de la qualité de l'eau. Un questionnaire séparé devra être utilisé pour chaque ménage sélectionné.</i></p> <p><i>Ce questionnaire doit être annexé aux autres questionnaires du ménage.</i></p>		
<b>WQ1.</b> Numéro de grappe: _____	<b>WQ2.</b> Numéro du ménage: _____	
<b>WQ3.</b> Nom et numéro du testeur :  Nom _____	<b>WQ4.</b> Jour/ Mois/ Année de l'enquête :  _____ / _____ / 2 0 1 _____	
<b>WQ4A.</b> Le ménage est-il sélectionné pour le test dupliqué?	Oui .....1 Non.....2	
<b>WQ4B.</b> Le ménage est-il sélectionné pour le test à la source ?	Oui.....1 Non.....2	
<b>WQ4C.</b> Le ménage est-il sélectionné pour le test à blanc ?	Oui.....1 Non.....2	
<p>DANS LE CADRE DE L'ENQUETE, NOUS ALLONS EGALEMENT ANALYSER LA QUALITE DE L'EAU CONSOMMEE PAR LES MENAGES. VOTRE MENAGE A ETE SELECTIONNE PAR HASARD POUR CETTE PARTIE DE L'ENQUETE. NOUS SOUHAITERIONS REALISER UN TEST SIMPLE DE LA QUALITE DE L'EAU EN UTILISANT DES ECHANTILLONS DE L'EAU QUE VOUS CONSOMMEZ HABITUELLEMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p> <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ➡ Aller à WQ6  <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ➡ Encercler 2 à WQ5. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.         </p>		
<b>WQ5.</b> Résultat du questionnaire relatif au test de la qualité de l'eau :	Rempli.....1 Refus.....2 Rempli partiellement.....3 Autre (préciser).....6	

## TEST DE LA QUALITE DE L'EAU

<b>WQ6.</b> POURRIEZ-VOUS, S'IL VOUS PLAÎT ME FOURNIR UN VERRE D'EAU QUE VOUS DONNERIEZ A BOIRE A UN ENFANT ?	Oui .....1 Non.....2	2 ⇨ WQ14
<b>WQ7.</b> Observer d'où provient l'échantillon d'eau collecté.	Directement d'une source extérieure à la maison.....1 Directement d'une source à l'intérieur de la maison.....2 D'un filtre à eau à l'intérieur de la maison.....3 D'un récipient de stockage non couvert .....4 D'un récipient de stockage couvert .....5 Impossible à observer .....6	
<b>WQ8.</b> DEPUIS QUELLE SOURCE AVEZ-VOUS PRIS CETTE EAU ?	Robinet Dans le logement .....11 Dans la concession, cour ou parcelle .....12 Robinet du voisin.....13 Robinet public/ Borne fontaine .....14 Puits à pompe/ forage .....21 Puits creusé Puits protégé.....31 Puits non protégé.....32 Eau de source Source protégée .....41 Source non protégée .....42 Eau de pluie .....51 Camion-citerne.....61 Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) .....81 Eau en bouteille (minérale) .....91 Autre (préciser) .....96	
<b>WQ9.</b> AVEZ-VOUS FAIT QUELQUE CHOSE A CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINNE ?	Oui.....1 Non.....2 Ne sais pas .....8	1 ⇨ WQ10 2 ⇨ WQ11 8 ⇨ WQ11
<b>WQ10.</b> QU'AVEZ-VOUS FAIT A CETTE EAU POUR LA RENDRE PLUS SAINNE A BOIRE ?	La faire bouillir .....A Y ajouter de l'eau de Javel / Chlore .....B La filtrer à travers un linge.....C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.).....D Désinfection solaire.....E La laisser reposer.....F Autre (préciser) .....X Ne sait pas .....Z	
<b>WQ11.</b> En utilisant l'eau du verre fourni par le répondant, à l'aide d'une seringue stérile de 1mL, ajouter 1 mL d'eau sur chacune des deux plaquettes Compact Dry. Filtrer 100 mL d'eau à l'aide d'un filtre en papier stérile et la mettre sur l'une des plaquettes Compact Dry. Fermer et étiqueter chaque plaquette de la manière suivante : H-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2). Indiquer si le test a été mené ou non.	Test bactérien mené .....1 Test bactérien non mené.....2	
<b>WQ12.</b> Vérifier WQ4A <input type="checkbox"/> Ménage sélectionné pour le test dupliqué ⇨ WQ13 <input type="checkbox"/> Ménage non sélectionné pour le test dupliqué ⇨ WQ14		

TEST DE LA QUALITE DE L'EAU (SUITE)		
<p><b>WQ13.</b> En utilisant l'eau du <u>même verre d'eau</u> fourni par le/la répondant pour la question WQ11, et à l'aide d'une seringue de 1 mL, ajouter 1 mL d'eau sur chacune des deux plaquettes Compact Dry.</p> <p>Filtrer 100 mL d'eau à l'aide d'un filtre en papier stérile et la mettre sur l'une des plaquettes Compact Dry.</p> <p>Fermer et étiqueter chaque plaquette de la manière suivante : D-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</p> <p>Indiquer si le test a été mené ou non.</p>	<p>Test bactérien dupliqué mené ..... 1</p> <p>Test bactérien dupliqué non mené ..... 2</p>	
<p><b>WQ14.</b> Vérifier WQ4B :</p> <p><input type="checkbox"/> Ménage sélectionné pour le test à la source ⇒ WQ15</p> <p><input type="checkbox"/> Ménage non sélectionné pour le test à la source ⇒ WQ17</p>		
<p><b>WQ15.</b> POURRIEZ-VOUS S'IL VOUS PLAÎT ME MONTRER L'ENDROIT EXACT OU CETTE EAU A ETE COLLECTEE POUR QUE JE PUISSE Y PRENDRE UN ECHANTILLON ?</p> <p>Si non, rechercher pour quelle raison?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non</p> <p>Source d'eau trop éloigné ..... 2</p> <p>Impossible d'accéder à la source ..... 3</p> <p>Autre raison (préciser) ..... 6</p> <p>Ne sait pas où la source est située ..... 8</p>	<p>2 ⇒ WQ17</p> <p>3 ⇒ WQ17</p> <p>6 ⇒ WQ17</p> <p>8 ⇒ WQ17</p>
<p><b>WQ16.</b> En utilisant un échantillon d'eau pris à la source, et à l'aide d'une seringue de 1 mL, ajouter 1 mL d'eau sur chacune des deux plaquettes Compact Dry.</p> <p>Filtrer 100 mL d'eau à l'aide d'un filtre en papier stérile et la mettre sur l'une des plaquettes Compact Dry.</p> <p>Fermer et étiqueter chaque plaquette de la manière suivante : S-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</p> <p>Indiquer si le test a été mené ou non.</p>	<p>Test bactérien mené ..... 1</p> <p>Test bactérien non mené ..... 2</p>	
<p><b>WQ17.</b> Vérifier WQ4C:</p> <p><input type="checkbox"/> Ménage sélectionné pour le test à blanc ⇒ Continuer avec WQ18.</p> <p><input type="checkbox"/> Ménage non sélectionné pour le test à blanc ⇒ Remercier le répondant. L'entretien est terminé.</p>		
<p><b>WQ18:</b></p> <p>Réaliser le test à blanc pour E.coli, en utilisant un échantillon de l'eau stérile fournie par le chef d'équipe.</p> <p>A l'aide d'une seringue stérile de 1 mL, ajouter 1 mL d'eau sur chacune des deux plaquettes Compact Dry. Filtrer 100 mL d'eau à l'aide d'un filtre en papier stérile et la mettre sur l'une des plaquettes Compact Dry.</p> <p>Fermer et étiqueter chaque plaquette de la manière suivante : B-XXX-YY, sachant que XXX correspond au numéro de grappe (WQ1) et YY correspond au numéro du ménage (WQ2).</p> <p>Indiquer si le test a été mené ou non.</p>	<p>Test à blanc pour E. coli mené ..... 1</p> <p>Test à blanc pour E. coli non mené ..... 2</p>	
<p>Remercier le répondant. L'entretien est terminé.</p>		

RESULTATS DES TESTS DE LA QUALITE DE L'EAU	
Après 24-48 heures d'incubation, les résultats des tests de la qualité de l'eau doivent être saisis.	
WQ19. Jour / Mois / Année de saisie des résultats: <div style="text-align: right;">____/____/ 2 0 1 ____</div>	
Saisir les résultats des <b>tests des échantillons d'eau pris dans les ménages</b> :	
-Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.	
WQ20. Noter le nombre de colonies <u>rouges</u> présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ21. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ22. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ23. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau des ménages de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
Saisir les résultats des <b>tests des échantillons d'eau du test dupliqué</b> :	
-Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.	
WQ24. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau du test dupliqué de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ25. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau du test dupliqué de <b>1 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ26. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau du test dupliqué de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
WQ27. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau du test dupliqué de <b>100 mL</b>	Nombre de colonies <div style="text-align: right;">____</div>
Saisir les résultats des <b>tests des échantillons d'eau pris à la source</b> :	
-Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.	
WQ28. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b> .	WQ28. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b> .
WQ29. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b>	WQ29. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>1 mL</b>
WQ30. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>	WQ30. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>
WQ31. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>	WQ31. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon d'eau de source de <b>100 mL</b>
Saisir les résultats des <b>tests des échantillons d'eau du test à blanc</b> :	
-Saisir le nombre de colonies à l'aide de 3 chiffres. -Si plus de 99 colonies sont comptées, saisir '100'. -Si impossible de lire les résultats/ si résultats perdus saisir '998'. -Si test microbien non réalisé saisir '999'.	
WQ32. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b>	WQ32. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b>
WQ33. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b>	WQ33. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon à blanc de <b>1 mL</b>
WQ34. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b>	WQ34. Noter le nombre de colonies rouges présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b>
WQ35. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b>	WQ35. Noter le nombre de colonies bleues présentes dans un échantillon à blanc de <b>100 mL</b>

OBSERVATIONS DE L'EVALUATEUR

1. Le fleuve Congo, deuxième fleuve du monde par le débit moyen (40 000 m<sup>3</sup> par seconde) après l'Amazonie, forme une partie de la frontière entre la République du Congo et la RDC.
2. L'Oubangui, la Sangha, la Likouala-Mossaka, l'Alima et la Nkénî dans la partie septentrionale ; la Léfîni, le Djoué, la Loufoulakari et le Niari/Kouilou dans la partie méridionale.
3. Voir Annexe A : Echantillonnage, pour davantage de détails sur le poids de l'échantillon.
4. Ceci a été déterminé en posant la question : À quel groupe ethnique, le chef de ménage appartient-il ?
5. Tout au long de ce rapport, sauf indication contraire, "instruction" se réfère au plus haut niveau de scolarité atteint par le/la répondant(e) lorsqu'elle est utilisée comme une variable de base.
6. L'indice de bien-être économique est un indicateur composite de la richesse. Pour construire l'indice de bien-être économique, l'analyse en composantes principales est effectuée à l'aide des informations sur la possession de biens de consommation, les caractéristiques du logement, l'eau et l'assainissement et d'autres caractéristiques qui sont liées à la richesse du ménage, pour générer des poids (scores factoriels) pour chacun des éléments utilisés. Tout d'abord, les scores factoriels initiaux sont calculés pour l'échantillon total. Ensuite, les scores factoriels distincts sont calculés pour les ménages en milieu urbain et rural. Enfin, les scores factoriels urbains et ruraux sont régressés sur les scores factoriels initiaux pour obtenir les scores factoriels combinés définitifs pour l'échantillon total. Ceci est réalisé pour réduire au minimum le biais urbain des valeurs de l'indice de bien-être économique. Il est alors attribué à chaque ménage dans l'échantillon total un score de richesse en fonction des biens détenus par ce ménage et des scores factoriels définitifs obtenus comme décrit ci-dessus. Les populations des ménages sont ensuite classées selon le score de richesse du ménage dans lequel elles vivent et sont finalement divisées en 5 parties égales (quintiles) du plus bas (les plus pauvres) au plus élevé (le plus riche). Dans MICS5 Congo 2014-2015, les biens suivants ont été utilisés dans ces calculs : Nombre de personnes par pièce utilisée pour dormir ; Principal matériau du sol, du toit et des murs extérieurs du logement ; principal combustible pour la cuisine ; biens collectifs du ménage (électricité, radio, télévision, téléphone fixe, table, chaise, lit, lampe, etc.) ; biens individuels des membres du ménage (montre, téléphone portable, bicyclette, moto, voiture, etc.) ; possession d'une maison ; possession d'un compte bancaire, de terres agricoles, d'animaux et de volaille (bétail, cheval, chèvre, mouton, poulet, porc, chameau, pintade, etc.) ; principale source d'eau de boisson du ménage et son emplacement géographique (lieu) ; type de toilettes utilisées par le ménage et le statut de partage ou non de celles-ci avec d'autres ménages.
- L'indice de bien-être économique est censé prendre en compte la richesse sous-jacente à long terme grâce à des informations sur les avoirs des ménages et est destiné à établir un classement des ménages selon la richesse, du plus pauvre au plus riche. L'indice de bien-être économique ne fournit pas d'informations sur la pauvreté absolue, les niveaux de revenus ou de dépenses actuelles. Les scores de richesse calculés ne sont applicables qu'à l'ensemble de données particulier sur lequel ils sont basés.
- De plus amples informations sur la construction de l'indice de bien-être économique se trouve dans Filmer, D. et Pritchett, L., 2001, "Estimating wealth effects without expenditure data – or tears: An application to educational enrollments in states of India". *Demography* 38(1): 115-132. Rutstein, S.O. and Johnson, K., 2004. *The DHS Wealth Index. DHS Comparative Reports No. 6*. Calverton, Maryland: ORC Macro and Rutstein, S.O., 2008. *The DHS Wealth Index: Approaches for Rural and Urban Areas. DHS Working Papers No. 60*. Calverton, Maryland: Macro International Inc
7. Lors de la description des résultats de l'enquête selon les quintiles de bien-être économique, la terminologie appropriée est utilisée pour désigner les membres des ménages pris individuellement, comme par exemple "les femmes dans la population des quintiles les plus riches", qui est utilisée indifféremment avec "les femmes dans la population de l'enquête vivant dans les ménages des quintiles les plus riches" et similaire.
8. Quatrième et cinquième quintiles les plus riches.
9. Pour une description détaillée de la méthodologie, voir Boerma, T and All, 1996. *Data on Birth Weight in Developing Countries: Can Surveys Help? Bulletin of the World Health Organization*, 74(2), 209-16
10. [http://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report](http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report)
11. Voir MICS Supply Procurement Instructions ici: <http://mics.unicef.org/tools>
12. WHO (2003). *Implementing the Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. Meeting Report Geneva, 3-5 February 2003*.
13. WHO (2003). *Global Strategy for Infant and Young Child Feeding*.
14. PAHO (2003). *Guiding principles for complementary feeding of the breastfed child*.
15. WHO (2005). *Guiding principles for feeding non-breastfed children 6-24 months of age*
16. WHO (2008). *Indicators for assessing infant and young child feeding practices. Part 1: Definitions*.
17. Les groupes d'aliments utilisés pour l'évaluation de cet indicateur sont 1) graines, racines et tubercules, 2) légumes et noix, 3) produits laitiers (lait, yaourts, fromage), 4) aliments carnés (viande, poisson, volaille et foies/abats), 5) œufs, 6) fruits et légumes riches en vitamine A, 7) autres fruits et légumes.
18. <http://www.who.int/immunization/diseases/en>. Le tableau 2 inclut les recommandations pour tous les enfants et les antigènes additionnels recommandés seulement pour les enfants résidant dans certaines régions du monde ou vivant dans les groupes de population à hauts risques.
19. Deming, M.S. et al. 2002. *Tetanus toxoid coverage as an indicator of serological protection against neonatal tetanus*. Bulletin of the World Health Organization 80(9):696-703.
20. Campbell H, el Arifeen S, Hazir T, O'Kelly J, Bryce J, et al. (2013). *Measuring Coverage in MNCH: Challenges in Monitoring the Proportion of Young Children with Pneumonia Who Receive Antibiotic Treatment*. *PLoS Med* 10(5): e1001421. doi:10.1371/journal.pmed.1001421plus riches.
21. D'Acremont, V et al. 2010. *Reduction in the proportion of fevers associated with Plasmodium falciparum parasitaemia in Africa: a systematic review*. *Malaria Journal* 9 (240).
22. Shulman CE, Dorman EK. *Importance and prevention of malaria in pregnancy*. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2003; 97(1), 30-55

23. WHO/UNICEF. 2012. Progress on Drinking water and Sanitation: 2012 update.
24. Cairncross, S et al. 2010. *Water, sanitation and hygiene for the prevention of diarrhoea*. International Journal of Epidemiology 39: i193-i205.
25. L'eau minérale est considérée comme une source améliorée d'approvisionnement en eau seulement si le ménage utilise une source d'approvisionnement en eau améliorée pour d'autres besoins, tels que la lessive, la cuisine et le lavage des mains.
26. Cairncross, S and Cliff, JL. 1987. *Water use and Health in Mueda, Mozambique*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene 81: 51-4.
27. Wolf, J et al. 2014. *Systematic review: Assessing the impact of drinking water and sanitation on diarrhoeal disease in low- and middle-income settings: systematic review and meta-regression*. Tropical Medicine and International Health 2014. DfID. 2013. *Water, Sanitation and Hygiene: Evidence Paper*. DfID: <http://r4d.dfid.gov.uk/pdf/outputs/sanitation/WASH-evidence-paper-april2013.pdf>
28. WHO/UNICEF JMP (2008), *MDG assessment report* - [http://www.wssinfo.org/fileadmin/user\\_upload/resources/1251794333-JMP\\_08\\_en.pdf](http://www.wssinfo.org/fileadmin/user_upload/resources/1251794333-JMP_08_en.pdf)
29. Ceux indiquant l'eau embouteillée comme principale source d'eau potable sont répartis en fonction de la source d'eau utilisée à d'autres fins telles que la cuisine et le lavage des mains.
30. Cairncross, S, Valdmanis V. 2006. *Water supply, sanitation and hygiene promotion. Chapter 41. In 'Disease Control Priorities in Developing Countries'. Second Edition. Edt. Jameson et al 2006*. The World Bank. Washington DC: National Institutes of Health.
31. Ram P, Halder A, Granger S, Hall P, Jones T, Hitchcock D, Nygren B, Islam M, Molyneux J, Luby S, editors. *Use of a novel method to detect reactivity to structured observation for measurement of handwashing behavior*. American Society of Tropical Medicine and Hygiene; 2008; New Orleans, LA.
32. Procréer est le processus de donner naissance à des enfants. Alors que la maternité précoce est définie comme ayant eu une naissance vivante avant des jeunes âges spécifiques, pour les fins du tableau RH.3, les femmes âgées de 15-19 ans qui ont commencé à procréer incluent celles qui ont eu une naissance vivante ainsi que celles qui n'en ont pas eu une, mais sont enceintes de leur premier enfant.
33. Toutes les références à "femmes mariées" dans ce chapitre sont aussi les femmes en union conjugale.
34. Toutes les références à "femmes mariées" dans ce chapitre sont aussi les femmes en union conjugale.
35. Une femme est en aménorrhée post-partum si elle a accouché au cours des deux dernières années et n'est pas actuellement enceinte et ses règles ne sont pas revenues depuis la naissance de son dernier enfant
36. Une femme est considérée comme inféconde si elle n'est ni enceinte ni en aménorrhée post-partum, et (1a) n'a pas eu ses règles pendant au moins six mois, ou (1b) n'a jamais eu de règles ou (1c) ses dernières règles ont eu lieu avant sa dernière naissance ou (1d) est en ménopause/a subi une hystérectomie OU (2) Elle déclare qu'elle a subi une hystérectomie, ou qu'elle n'a jamais eu de règles ou qu'elle est ménopausée, ou qu'elle a essayé, pendant deux ans ou plus, de tomber enceinte sans résultat en réponse aux questions de savoir pourquoi elle pense que physiquement elle n'est pas en mesure de tomber enceinte au moment de l'enquête OU (3) Elle déclare qu'elle ne peut pas tomber enceinte lorsqu'on l'interroge sur le désir d'une naissance future OU (4) Elle n'a pas eu de naissance au cours des cinq années précédentes, n'a pas actuellement recours à la contraception et est actuellement mariée et a été continuellement mariée au cours des 5 dernières années précédant l'enquête
37. Dans ce chapitre, chaque fois qu'il est fait référence à l'utilisation d'un contraceptif par une femme, cela peut renvoyer à son partenaire utilisant une méthode contraceptive (tel que le préservatif masculin).
38. Say, L et al. 2014. *Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis*. The Lancet Global Health 2(6): e323-33. DOI: 10.1016/S2214-109X(14)70227-X
39. UN Interagency Group for Child Mortality Estimation, 2013. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2013
40. Lawn JE, Cousens S, Zupan J. *4 million neonatal deaths: When? Where? Why?* Lancet 2005; 365:891-900.
41. WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank. *Trends in Maternal Mortality*: 1990
42. Countdown to 2015: *Tracking Progress in Maternal, Newborn & Child Survival*, The 2008 Report. New York: UNICEF 2008.
43. Rutenberg, N. and Sullivan, J.M. 1991. *Direct and indirect estimates of maternal mortality from the sisterhood method*. Demographic and Health Surveys World Conference Proceedings, August 5-7, 1991 Washington, DC. Volume III. pp. 1669-1696.
44. Cette définition propre à la période comprend tous les décès survenus pendant la grossesse et deux mois après la grossesse, même si le décès est dû à des causes qui ne sont pas liées à la grossesse. Toutefois, cette définition ne devrait pas entraîner une déclaration excessive des décès maternels, car la plupart des décès de femmes dans la période spécifiée sont dus à des causes maternelles, et la mortalité maternelle est en général plus susceptible d'être sous-estimée que surestimée.
45. Le taux de mortalité maternelle (TMM) est défini comme le nombre de décès maternels dans une période donnée pour 100 000 femmes de 15-49 au cours de la même période
46. Grantham-McGregor, S et al. 2007. *Developmental Potential in the First 5 Years for Children in Developing Countries*. The Lancet 369: 60-70
47. UNICEF, Un monde digne des enfants, Adopté par l'Assemblée générale des N.U. à la 27<sup>ème</sup> Session spéciale, le 10 mai 2002, p. 2.
48. Shonkoff J, and Phillips D, (eds), *From neurons to neighborhoods: the science of early childhood development*, Committee on Integrating the Science of Early Childhood Development, National Research Council, 2000.
49. Le calcul de l'indicateur n'exclut pas les redoublants et donc inclut à la fois les enfants qui fréquentent l'école primaire pour la première fois et ceux qui étaient en première année de l'école primaire de l'année scolaire précédente et ont redoublé. Les enfants qui redoublent peuvent avoir suivi l'enseignement préscolaire avant l'année scolaire au cours de laquelle ils ont fait la première année de l'école primaire pour la première fois; ces enfants ne sont pas pris en compte dans le numérateur de l'indicateur.
50. Les ratios présentés dans ce tableau sont "ajustés" car ils incluent non seulement la fréquentation de l'école primaire, mais également celle de l'école secondaire dans le numérateur.
51. Les taux présentés dans ce tableau sont "ajustés" car ils comprennent non seulement la fréquentation de l'école secondaire, mais aussi la celle de de niveaux plus élevés dans le numérateur



52. UNICEF. 2013. Every Child's Birth Right: Inequities and trends in birth registration. UNICEF
53. Loi n°073/84 du 17 octobre 1984 portant Code de la famille.
54. Straus, MA and Paschall MJ. 2009. *Corporal Punishment by Mothers and Development of Children's Cognitive Ability : A longitudinal study of two nationally representative age cohorts*. Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 18(5): 459-83.  
Erickson, MF and Egeland, B. 1987. *A Developmental View of the Psychological Consequences of Maltreatment*. School Psychology Review 16: 156-68.  
Schneider, MW et al. 2005. *Do Allegations of Emotional Maltreatment Predict Developmental Outcomes Beyond that of Other Forms of Maltreatment?*. Child Abuse & Neglect 29(5): 513-32.
55. Toutes les références au mariage incluent également les unions.
56. Bajracharya, A ND Amin, S. 2010. *Poverty, marriage timing, and transitions to adulthood in Nepal: A longitudinal analysis using the Nepal living standards survey*. Poverty, Gender, and Youth Working Paper No. 19. Population Council.  
Godha, D et al. 2011. *The influence of child marriage on fertility, fertility-control, and maternal health care utilization*. MEASURE/Evaluation PRH Project Working paper 11-124.
57. Clark, S et al. 2006. *Protecting young women from HIV/AIDS: the case against child and adolescent marriage*. International Family Planning Perspectives 32(2): 79-88.  
Raj, A et al. 2009. *Prevalence of child marriage and its effect on fertility and fertility-control outcomes of young women in India: a cross-sectional, observational study*. The Lancet 373(9678): 1883-9.
58. Voir par exemple : Bailey RC, et al. 2007. *Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial*. The Lancet 2007; 3 69:643-56.
59. OECD. 2013. *OECD Guidelines on Measuring Subjective Well Being*. OECD.  
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264191655-en>
60. WHO, <http://www.who.int/topics/tobacco/en/>
61. WHO, [http://www.who.int/topics/alcohol\\_drinking/en/](http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/)
62. WHO, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs349/en/>
63. CMRJack est un logiciel mis au point par FAFO, une fondation de recherche indépendante et multidisciplinaire. CMRJack produit des estimations de la mortalité et les écarts-type pour les enquêtes comportant des historiques des naissances complets ou des historiques des naissances résumés. Voir [http://www.fafon.org/ais/child\\_mortality/index.html](http://www.fafon.org/ais/child_mortality/index.html)
- <sup>[M]</sup> L'indicateur est également calculé pour les hommes, pour les mêmes groupes d'âges, quand le questionnaire individuel Homme a été inclus. Les calculs sont faits à partir des informations provenant des modules du questionnaire individuel Homme.
64. Certains indicateurs sont construits en utilisant des questions figurant dans plusieurs modules des questionnaires MICS. Dans ce cas, seul(s) le(s) module(s) qui contient (contiennent) la plus grande partie des informations nécessaires est (sont) indiqué(s).
65. Indicateurs des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), effectif au 15 Janvier 2008 - <http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm, 10 Juin 2013>.
66. Quand le module Historique des naissances est utilisé, les indicateurs de mortalité sont calculés pour la période des 5 dernières années. Quand les indicateurs sont estimés par la méthode indirecte (avec le module Fécondité seulement), les taux font référence aux dates estimées par la technique indirecte.
67. Nourrissons qui reçoivent du lait maternel allaités et qui ne reçoivent pas d'autres liquides ou aliments à l'exception de solutions de réhydratation orale, vitamines, minéraux ou médicaments
68. Nourrissons qui reçoivent du lait maternel et certains liquides (eau et boissons à base d'eau, jus de fruits, liquides rituels, solutions de réhydratation orale, gouttes, vitamines, minéraux et des médicaments) mais ne reçoivent rien d'autre (en particulier lait animal et des nourritures liquides)
69. Nourrissons de 0-5 mois qui sont exclusivement allaités et enfants de 6-23 mois qui sont allaités et qui mangent des aliments solides, semi-solides ou mous
70. Enfants allaités : Aliments solides, semi-solides ou mous, 2 fois par jour pour les enfants de 6-8 mois, 3 fois par jour pour les enfants de 9-23 mois ; Enfants non-allaités : Aliments solides, semi-solides ou mous ou repas lactés, 4 fois par jour pour les enfants de 6-23 mois
71. L'indicateur est basé sur la consommation de n'importe quelle quantité de nourriture d'au moins 4 des 7 groupes d'aliments suivants : 1) graines, racines et tubercules, 2) légumes et noix, 3) produits laitiers (lait, yaourts, fromage), 4) aliments carnés (viande, poisson, volaille et foie/abats), 5) œufs, 6) fruits et légumes riches en vitamine A, 7) autres fruits et légumes
72. Dans les pays où la rougeole est administrée, en accord avec le calendrier vaccinal, à ou après 12 mois, l'indicateur est calculé sur la proportion d'enfants de 24-35 mois qui ont reçu la vaccination contre la rougeole avant 24 mois.
73. Se référer au plan de tabulation de MICS pour une description plus détaillée
74. Une MII est (a) une moustiquaire classique traitée qui a été trempée dans un insecticide au cours des 12 derniers mois, (b) une moustiquaire traitée industriellement qui ne nécessite pas d'autre traitement, (MILDA), (c) une moustiquaire prétraitée obtenue au cours des 12 derniers mois ou (d) une moustiquaire qui a été imbibée avec ou trempée dans de l'insecticide au cours des 12 derniers mois
75. (a) Ménages protégés par vecteur de contrôle, (b) couverture universelle par un vecteur de contrôle
76. Pulvérisation Intra-Domiciliaire
77. Quand l'historique des naissances est utilisé, l'indicateur est calculé pour la période des 3 dernières années. Quand il est estimé par le module Fécondité seulement, le taux fait référence à la dernière année.
78. Se référer au plan de tabulation de MICS pour une description détaillée
79. Les enfants impliqués dans le travail des enfants sont définis comme les enfants impliqués dans des activités économiques au-dessus des seuils d'âges spécifiques, les enfants impliqués dans les tâches ménagères au-dessus des seuils d'âges spécifiques, et les enfants impliqués dans les travaux dangereux. Se référer au plan de tabulation de MICS pour des informations plus détaillées sur les seuils et les classifications
80. Utiliser des condoms et limiter les relations sexuelles à un partenaire fidèle et non infecté
81. Transmission durant la grossesse, l'accouchement et par l'allaitement
82. Femmes (1) qui pensent qu'une enseignante qui a le SIDA devrait être autorisée à enseigner à l'école, (2) qui achèteraient des légumes à un vendeur qui a le virus du SIDA, (3) qui ne voudraient pas garder le secret si un membre de sa famille est infecté par le virus du SIDA et (4) qui seraient d'accord pour s'occuper d'un membre de sa famille infecté par le virus du SIDA



## **Graphisme et mise en page**

© GIZIZ Creativity, 2017.

## **Photographies**

© UNICEF Congo/2008/Vidyarthi

© UNICEF Congo/2011/Guyot

© UNICEF Congo/2016/Taylor

© UNICEF Congo/2017/Taylor

## **Illustrations**

© Mélanie Baillon // Green Eyez Design

© Graphik Noir

© Woor Na

