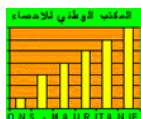


ANNEXE F: Les questionnaires



ONS



QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE.

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE

HH

HH 1. Wilaya :	/ _ / _ /	HH 2. Moughataa :	/ _ /
HH 3. Commune :	/ _ / _ /	HH 4. Localité :	/ _ / _ /
HH 5. DR:	/ _ / _ /	HH 6. Grappe :	/ _ / _ /
HH 7. Milieu :	/ _ /	HH 8. Ménage N° :	/ _ / _ /
Urbain.....1 Rural.....2			
HH 9. Nom du Chef du ménage :			
HH10. Nom et code de l'enquêteur :		HH11. Nom et code du contrôleur :	
Nom		Nom	
/ _ / _ /		/ _ / _ /	
HH12. Date de l'interview :		/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /	

Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplir les informations suivantes :

HH13. Résultat de l'interview du ménage : Rempli.....1 Pas à la maison2 Refusé.....3 Logement non trouvé/détruit4 <p style="text-align: center;">Autre (à préciser) 6</p>	HH14. Nom de l'enquêté(e) du questionnaire ménage : Nom : No de ligne : HH11. Nbr. des membres du ménage : / _ / _ /								
HH15. Nombre de femmes éligibles : / _ / _ /	HH16. Nbr. Quest. Femme remplis: / _ / _ /								
HH17. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : / _ / _ /	HH18 Nbr. Quest. Enfant - de 5 ans remplis : / _ / _ /								
HH19. Nombre d'hommes éligibles : / _ / _ /	HH20. Nbr. Quest. Homme remplis : / _ / _ /								
HH 21. <table border="0"> <tr> <td>N° Visite</td> <td>Date</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /</td> </tr> </table>	N° Visite	Date	1	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /	2	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /	3	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /	HH22. Nom et code de l'agent de saisie Nom..... / _ / _ /
N° Visite	Date								
1	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /								
2	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /								
3	/ _ / _ / / _ / _ / / _ / _ /								

Observations :

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE												
POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DU MÉNAGE. Enregistrer le chef du ménage à la ligne 01. Enregistrer tout les autres membres (HL2), leur relation avec le chef du ménage (HL3) et leur sexe (HL4). Ensuite, demander: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ÉCOLE OU AU TRAVAIL). Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 15 membres. Cocher ici si une autre feuille est utilisée /_/												
					ÉLIGIBLE POUR :							
					QUESTION-NAIRE FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	QUESTION ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	QUESTION-NAIRE HOMME	Pour les enfants âgés de 0-17 ans, poser les questions de HL9-HL12			
HL 1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?	HL4. (Nom) est-il/elle de sexe masculin ou féminin? 1 masculin 2 féminin	HL5. QUEL AGE A (nom)? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer en années révdues 98=NSP*	HL6. Encercler le N° de ligne si la femme est âgée de 15 - 49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5 - 14 : Qui est la mère ou la principale gardienne de cet enfant? Enregistrer le N°. de ligne de la mère/ gardienne	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : Qui est la mère ou la principale gardienne de cet enfant? Enregistrer le N° de ligne de la mère/ Gardienne	HL8 A.	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 oui 2 non⇒ H L11 8 nsp⇒ HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? ENREGISTRE R LE N°. DE LIGNE DE LA MERE OU 00 POUR 'NON'	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE? 1 oui 2 non⇒ ligne suiv. 8 NSP⇒ ligne suiv.	HL12. Si en vie : Est-ce que le père biologique de (nom) vit dans ce menage? ENREGIST RER LE N° DE LIGNE DU PERE OU 00 POUR 'NON'
lig ne	Nom	Relation	M F	Age	15-49	Mère	Mère	15-59	O N NSP	Mère	O N NSP	Père
01		/_0_/_1_	1 2	/_/_/_/	01	/_/_/_/	/_/_/_/	01	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
02		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	02	/_/_/_/	/_/_/_/	02	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
03		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	03	/_/_/_/	/_/_/_/	03	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
05		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	05	/_/_/_/	/_/_/_/	05	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/
06		/_/_/_/	1 2	/_/_/_/	06	/_/_/_/	/_/_/_/	06	1 2 8	/_/_/_/	1 2 8	/_/_/_/

07		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	07	/ _ / _ /	/ _ / _ /	07	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
08		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	08	/ _ / _ /	/ _ / _ /	08	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
09		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	09	/ _ / _ /	/ _ / _ /	09	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
10		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	10	/ _ / _ /	/ _ / _ /	10	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
11		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	11	/ _ / _ /	/ _ / _ /	11	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
12		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	12	/ _ / _ /	/ _ / _ /	12	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
13		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	13	/ _ / _ /	/ _ / _ /	13	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
14		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	14	/ _ / _ /	/ _ / _ /	14	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /
15		/ _ / _ /	1 2	/ _ / _ /	15	/ _ / _ /	/ _ / _ /	15	1 2 8	/ _ / _ /	1 2 8	/ _ / _ /

Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI – MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU QUI N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE
Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE ? *Si oui, enregistrer le nom de l'enfant et compléter la feuille de ménage. Ensuite compléter les totaux ci-dessus.*

	Femmes 15 – 49	Enfants 5 - 14	Enfants - de 5 ans	Hommes 15 – 59				
Totaux	/ _ / _ /	/ _ / _ /	/ _ / _ /	/ _ / _ /				

Maintenant, pour chaque femme de 15 – 49 ans, inscrire son nom et le N° de ligne et les autres informations du Panneau d'Information du Questionnaire Femme ; de même pour chaque Homme âgé de 15 – 59 ans. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans, inscrire son nom et son N° de ligne ET le nom et N° de la ligne de la mère ou de la gardienne principale sur le Panneau d'Information du Questionnaire des enfants âgés de moins de 5 ans.

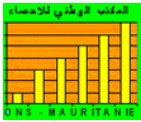
Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible, pour chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans.

Codes HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage

01 = Chef de ménage **02** = épouse / époux **03** = Fils / Fille **04** = Gendre / Belle Fille **05** = Petit fils / Petite Fille **06** = Mère / Père **07** = Beau Père / Belle Mère / Beau frère / Belle sœur
08 = Frère / Sœur **09** = Oncle / Tante **10** = Nièce ou Neveu par le sang **11** = Autre parent **12** = Enfant adopté / Enfant en garde / Enfant du conjoint **13** = Sans parenté **98** = Ne sait pas

MODULE EDUCATION												
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus					Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans							
ED1. No. de ligne.	ED1A. Nom	ED2. (NOM) A-T-IL/ ELLE DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU INFORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ?		ED4. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2006-2007) (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED5. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST- IL ALLE A L'ECOLE?	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom) ?	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE (2005-2006)? (nom) AVAIT-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom) ?			
		1 OUI ⇒ ED3 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE 8 NSP ⇒ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE 3 LYCEE 4 UNIVERSITE 5 CORANIQUE 6 MAHADRE 8 NSP CLASSE : 98 NSP <i>Si moins d'une classe, inscrire 00.</i>		1 OUI 2 NON ⇒ ED7 8 NSP ⇒ ED7	<i>Enregistrer le nombre de jours dans l'espace ci- dessous. Enregistrer 9 si la semaine dernière était vacance.</i>	NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE 3 LYCEE 4 UNIVERSITE 5 CORANIQUE 6 MAHADRE 8 NSP CLASSE : 98 NSP	1 OUI 2 NON ⇒ LIGNE SUIV. 8 NSP ⇒ LIGNE SUIV.	NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE 1 PRIMAIRE 2 COLLEGE 3 LYCEE 4 UNIVERSITE 5 CORANIQUE 6 MAHADRE 8 NSP CLASSE : 98 NSP			
LIGNE		OUI NON NSP	NIVEAU	CLASSE	OUI NO NSP	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O N NSP	NIVEAU	CLASSE	
09		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
10		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
11		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
12		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
13		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
14		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	
15		1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	1 2 8	—	0 1 2 3 4 5 6 8	—	1 2 8	0 1 2 3 4 5 6 8	— —	

<p>WS6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i></p>	<p>La faire bouillirA</p> <p>Y ajouter de l'eau de javel/chloreB</p> <p>La filtrer à travers un lingeC</p> <p>Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.).....D</p> <p>Désinfection solaireE</p> <p>Laisser reposer.....F</p> <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) X</p> <p>NSPZ</p>	
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?</p> <p><i>Si « Chasse d'eau » ou « Chasse manuelle », Insister:</i></p> <p>PAR OU PASSENT LES EAUX USEES?</p> <p><i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i></p>	<p>Chasse d'eau / chasse manuelle</p> <p>Chasse branchée à l'égout11</p> <p>Chasse branchée à fosse septique12</p> <p>Chasse branchée à autre chose13</p> <p>Chasse branchée à endroit inconnu/pas sûr/NSP où14</p> <p>Latrines améliorées auto aérées (LAA)21</p> <p>Latrines couvertes22</p> <p>Latrines à fosse / trou ouvert23</p> <p>Pas de toilettes ou brousse ou champ95</p> <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 96</p>	<p>95⇒ MODU LE SUIVANT</p>
<p>WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p>WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Nbre. de ménages (si moins de 10)... 0 ____</p> <p>Dix ménages ou plus10</p> <p>NSP98</p>	
<p>WS10. EXISTE-IL DU SAVON DANS LA LATRINE ?</p>	<p>Oui1</p> <p>Non2</p>	



QUESTIONNAIRE FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

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

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

WM1.Wilaya:...../___/___/

WM2.Moughataa: /___/

WM3.Commune..... /___/___/

Localité:

WM4. N° de grappe : _____

WM5. N° de ménage : _____

WM6. Nom de la femme :
.....

WM7. N° de ligne de la femme : _____

WM8.Nom et code de l'enquêtrice :
.....

WM9. Jour/Mois/Année de l'interview :
_____/_____/_____

WM10. Résultat de l'interview de la femme

Rempli.....1
Pas à la maison.....2
Refusé.....3
Rempli partiellement4
Incapacité.....5
Autre (à préciser) :.....6

Présenter vos salutations à la femme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

WM11. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES - VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois __ __ NSP mois 98 Année __ __ __ __	
WM12. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues) __ __	
WM13. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒WM17
WM14. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3 Coranique 4 Mahadra 5	
WM15. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVE À CE NIVEAU ?	Classe/Année __ __	
WM16. Vérifier WM14: <input type="checkbox"/> <i>Secondaire/Supérieur/Mahadra ⇒ Passer WM18</i> <input type="checkbox"/> <i>Primaire ou Coranique ⇒ Continuer avec WM17</i>		
WM17. MAINTENANT, JE VOUDRAIS 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> POUEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. <i>L'enfant lit un livre.</i> 2. <i>Les pluies sont en retard cette année.</i> 3. <i>Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.</i> 4. <i>Le travail des champs est dur.</i>	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase 3 Pas de carte dans langue qui convient 4 <i>(langue à préciser)</i> Aveugle/muet, problème de vue/audition 5	
ME18 QUELLE EST VOTRE LANGUE MATERNELLE ?	Arabe 1 Poular 2 Soninké 3 Wolof 4 Autres (à préciser) : 5	

MODULE SUR LA MORTALITE DES ENFANTS		CM
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES.		
CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A DES ENFANTS? <i>Si « Non », insister en demandant :</i> JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A SURVECU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ?	Oui 1 Non 2	2⇒ MODULE MARIAGE
CM2A. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PERE AUTRE QUE VOTRE MARI ACTUEL. <i>Passer à CM3 seulement si l'année de naissance du premier enfant est connue.</i> <i>Autrement, continuer avec CM2B.</i>	Date de la première naissance Jour NSP jour 98 Mois NSP mois..... 98 Année NSP Année..... 9998	⇒ CM3
CM2B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE ?	Années révolues depuis la première naissance.....	
CM3. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui 1 Non 2	2⇒ CM5
CM4. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?	Fils à la maison Filles à la maison.....	
CM5. 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⇒ CM7
CM6. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Fils ailleurs Filles ailleurs	
CM7. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?	Oui 1 Non 2	2⇒ CM9
CM8. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?	Garçons décédés Filles décédées	
CM9. Faire la somme des réponses à CM4, CM6, et CM8.	Total	
CM10. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?		

<input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Passer à CM11</i> <input type="checkbox"/> <i>No. ⇒ Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11</i>		
CM11. DE TOUTES CES (<i>nombre total</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ - VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E)) ? Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.	Date de la dernière naissance Jour/Mois/Année __ __ / __ __ / __ __ __ __	
CM12. <i>Vérifier CM11: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est à dire, depuis (jour et mois de l'interview en 2005)?</i> <i>Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Passer au module mariage</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec CM13</i> <i>Nom de l'enfant :.....</i>		
CM13. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?	À ce moment-là.....1 Plus tard.....2 Ne plus/ne pas avoir d'enfant3	

MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE (TT)		TT
Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'enquête.		
TT1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ?	Oui (carte vue) 1 Oui (carte pas vue)..... 2 Non 3 NSP 8	
<i>S'il y a une carte, il faut l'utiliser pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>		
TT2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQUE ANTI-TETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'ÉPAULE)?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ TT5 8⇒ TT5
TT3. Si Oui: DURANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION ANTI-TETANOS ?	Nombre de fois __ __ NSP 98	98⇒ TT5
TT4. Combien de doses de TT ont été enregistrées à TT3?		
<input type="checkbox"/> Au moins deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Passer au module suivant <input type="checkbox"/> Moins de deux injections durant la dernière grossesse. ⇒ Continuer avec TT5		
TT5. AVEZ-VOUS REÇU, N'IMPORTE QUAND AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TETANOS?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ MODU- LE SUIV. 8⇒ MODU- LE SUIV.
TT6. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION?	Nombre de fois __ __	
TT7. EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNEE AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE INJECTION ?	Mois __ __ NSP le mois..... 98 Année __ __ __ __ NSP l'année 9998	⇒ MODU- LE SUIV. ⇒ TT8
TT8. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTI-TETANOS AVANT CETTE DERNIERE GROSSESSE?	Années __ __	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN																					
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CM12 et inscrire ici le nom du dernier enfant :.....</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>																							
<p>MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE <i>nom</i>], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrer la capsule de 200,000 UI ou le flacon.</i></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p><i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Autre personne :</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Personne Y</p>	Y ⇒ MN7																					
<p>MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>MN3A. AVEZ-VOUS ÉTÉ PESÉE ?</p> <p>MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>MN3C. AVEZ-VOUS DONNÉ UN ÉCHANTILLON D'URINE ?</p> <p>MN3D. AVEZ-VOUS DONNÉ DU SANG ?</p> <p>MN3E. AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR L'INTÉRÊT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ?</p> <p>MN3F. AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR L'INTÉRÊT DU SEL IODÉ ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tension</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Urine.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sang</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L'intérêt de l'allaitement.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L'intérêt du sel iodé</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids.....	1	2	Tension	1	2	Urine.....	1	2	Sang	1	2	L'intérêt de l'allaitement.....	1	2	L'intérêt du sel iodé	1	2	
	Oui	Non																					
Poids.....	1	2																					
Tension	1	2																					
Urine.....	1	2																					
Sang	1	2																					
L'intérêt de l'allaitement.....	1	2																					
L'intérêt du sel iodé	1	2																					
<p>MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN5. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ MN7</p> <p>8 ⇒ MN7</p>																					
<p>MN6. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>																						
<p>MN7. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (<i>nom</i>) ?</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Autre personne :</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Personne Y</p>																						

<p>MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercle le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile Votre domicile11 Autre domicile12</p> <p>Secteur public Hôpital I21 Centre de santé / PMI.22</p> <p>Poste de Santé23</p> <p>Secteur médical privé Clinique privée31 Autre (à préciser)96</p>	
<p>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>MN10. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒ MN12 8⇒ MN12</p>
<p>MN11. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>De la carte.... 1 (kilogrammes) __ . __ __ __</p> <p>De mémoire... 2 (kilogrammes) __ . __ __ __</p> <p>NSP9998</p>	
<p>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MN14</p>
<p>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement000</p> <p>Heures 1 __ __ <i>ou</i> Jours 2 __ __</p> <p>NSP/Ne se rappelle pas998</p>	
<p>MN14. APRES LA NAISSANCE DU (NOM), EST-CE QUE VOUS AVEZ EFFECTUE UN EXAMEN</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MN17</p>
<p>MN15. APRES COMBIEN DE JOURS OU DE SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER EXAMEN DE SANTE ? (ENREGISTRER « 00 » SI MEME JOUR)</p>	<p>Jours après accouchement.....1 __ __</p> <p>Semaines après accouchement.....2 __ __</p> <p>Ne sait pas998</p>	
<p>MN16. QUI VOUS A EXAMINE A CE MOMENT –LA ?</p> <p>(INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIEE)</p>	<p>Professionnel de la santé : Médecin11 Sage-femme12 Infirmière.....13 Accoucheuse auxiliaire/matrone14</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....21 Agent de santé communautaire22</p> <p>Amie/Parente.....23</p> <p>Autre (à préciser) 96</p>	

MN17. AU COURS DES DEUX PREMIERS MOIS, APRES VOTRE ACCOUCHEMENT, EST – CE QUE VOUS AVEZ RECU UNE DOSE DE LA VITAMINE A, COMME CELLE-CI ?	Oui :.....1 Non :.....2	
--	----------------------------	--

MODULE SUR LE MARIAGE		MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE ?	Oui, actuellement mariée 1 Non 2	2⇒ MA3
MA1A. QUEL TYPE DE MARIAGE ?	Monogame1 Polygame2	
MA2. QUEL AGE A EU VOTRE MARI A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues __ __ NSP98	⇒ MA5 98⇒ MA5
MA3. AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE ?	Oui, a été mariée 1 Non 2	2⇒ MODULE SUIV.
MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE ?	Veuve 1 Divorcée..... 2	
MA5. COMBIEN DE FOIS ÉTIEZ-VOUS MARIÉE ?	Nombre de mariage __ __	
MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE <u>LA PREMIÈRE FOIS</u> ?	Mois __ __ NSP le mois.....98 Année __ __ __ __ NSP l'année9998	
MA7. Vérifier MA6: <input type="checkbox"/> Le mois et l'année de mariage connus ? ⇒ Passer au Module suivant <input type="checkbox"/> Le mois ou l'année de mariage n'est pas connu(e) ? ⇒ Continuer avec MA8		
MA8. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI ?	Âge en années révolues __ __	
MODULE SUR LA CONTRACEPTION		CP
CP1. AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?	Oui 1 Non 2	2⇒ MODULE SUIV.
CP2. DE QUELS MOYENS OU MÉTHODES AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER ?	Stérilisation féminine.....A Stérilisation masculine.....B Pilule.....C DIU.....D Injections.....E Implants.....F Condom.....G Condom féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/gelée.....J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique.....L Retrait.....M AUTRE (A PRÉCISER).....X	
CP3 PAR QUELS MOYENS AVEZ-VOUS ENTENDU		

PARLER DE LA PLANIFICATION FAMILIALE :	Oui	Non	
A) A LE RADIO ?	1	2	
B) A LA TELEVISION ?	1	2	
C) DANS LES JOURNAUX OU MAGASINES ?	1	2	
D) SUR LES AFFICHES ?	1	2	
E) AU COURS DE REUNIONS, DE MEETINGS ?	1	2	
F) DANS LES ETABLISSEMENTS SANITAIRES ?	1	2	
G) AUTRES (A PRECISER).....	1	2	
CP4. APPROVEZ-VOUS LE FAIT QUE LES COUPLES UTILISENT UNE METHODES POUR EVITER D'AVOIR DES ENFANTS?	Approuve1 Désapprouve2 Ne sait pas3		
CP4A VERIFIER MA1 (MARIEE ACTUELLEMENT)	Oui : 1 NON : 2		2⇒MODU- LE SUIV
CP5. Êtes-vous enceinte en ce moment?	Oui, actuellement enceinte..... 1 Non2 Pas sûre ou NSP..... 8		2⇒CP6 8⇒CP6
CP5a. Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfants du tout ?	À ce moment..... 1 Plus tard..... 2 Ne voulait plus d'enfants..... 3		1⇒CP8B 2⇒CP8B 3⇒CP8B
CP6. Certains couples utilisent différents moyens ou méthodes pour retarder ou éviter une grossesse. En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	Oui..... 1 Non..... 2		2⇒CP8A

<p>CP7. Quelle méthode utilisez-vous?</p> <p><i>Ne suggérez pas.</i> <i>Si plus d'une méthode mentionnée, encrer tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine..... A Stérilisation masculine..... B Pilule C DIU D Injections..... E Implants F Condom..... G Condom féminin H Diaphragme I Mousse/gelée..... J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)..... K Abstinence périodique..... L Retrait M Autre (à préciser) X</p>	
<p>CP8a. Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?</p> <p>CP8b. <i>SI ACTUELLEMENT ENCEINTE</i> : Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou voudriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout ?</p>	<p>Avoir (un/autre) enfant..... 1 Pas d'autre du tout/Aucun..... 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte..... 3 Indécise / NSP..... 8</p>	<p>2⇒ CP8D 3⇒ MODULE SUIVANT 8⇒ CP8D</p>
<p>CP8c. Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'(un autre) enfant ?</p>	<p>Mois 1 — — Années 2 — — Bientôt/maintenant 993 Elle ne peut pas tomber enceinte 994 Autre 996 NSP 998</p>	
<p>CP8D. Vérifier CP5:</p> <p><input type="checkbox"/> Actuellement enceinte? ⇒ CP9 <input type="checkbox"/> Pas enceinte ou pas sûre ? ⇒ Continuer avec CP8e</p>		
<p>CP8e. Pensez-vous que vous êtes physiquement apte à être en état de grossesse en ce moment ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8</p>	
<p>CP9. AVEZ-VOUS L'INTENSION D'UTILISER UNE METHODE CONTRACEPTIVE DANS L'AVENIR ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>1⇒ MODULE SUIV .</p>
<p>CP10. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LAQUELLE VOUS PENSEZ QUE VOUS N'UTILISEZ PAS DE METHODE DANS L'AVENIR ?</p>	<p>Sous-fécondité/stérile 1 Veut autant d'enfants que possible 2 Enquêtée opposée 3 Mari sera opposé 4 Autres personnes opposées 5 Interdits religieux 6 Connaît aucune source 7 Problèmes de santé 8 Peurs des effets contraires 09 Pas accessibles/trop loin 10 Trop cher 11 Pas pratique à utiliser 12 Interfère avec des fonctions naturelles Du corps 13 Autre (à préciser) 14 Ne sait pas 15</p>	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA								
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV .								
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?										
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI NA AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE, LA BOISSON ET LE THE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQUE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA7b. Vérifier MA1: <input type="checkbox"/> Actuellement enceinte? ⇒ HA7c <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SURE ? ⇒ CONTINUER AVEC HA7D										
HA7C. EST – CE QUE VOUS AVEZ UTILISE DES PRESRVATIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2									
HA7D. EST -CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR SE SOIGER CONTRE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA7E. EST-CE QUE VOUS CONNAISSEZ UNE PERSONNE, EN MAURITANIE, QUI A LE SIDA ?	Oui 1 Non 2									
HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8									
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :										
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>Au cours de la grossesse</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Oui	Non	NSP	Au cours de la grossesse	1	2	8	
	Oui	Non	NSP							
Au cours de la grossesse	1	2	8							
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		Oui	Non	NSP	Pendant l'accouchement	1	2	8	
	Oui	Non	NSP							
Pendant l'accouchement	1	2	8							

HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES PRODUITS ALIMENTAIRES OU DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA14. Vérifier MN5: A-t-elle effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Passer à HA18A <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec HA15		
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA18
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA17. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL EXIGE?	A demandé le test 1 Proposé et accepté 2 Exigé..... 3	1⇒MODU- LE SUIV . 2⇒MODU- LE SUIV . 3⇒MODU- LE SUIV .
HA18. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	
HA18a. Si elle a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals : EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?		

MODULE SUR L'EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS MAURITANIE, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FIN INTERVIEW
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG8
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A CE MOMENT -LA. VOUS -A-T-ON COUPE QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GENITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Traditionnel 'Exc iseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre (à préciser) : 16 Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre (à préciser) 26 NSP 98	
FG8. Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante Vérifier CM4 et CM6, dans le Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a-t-elle une fille vivante ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec FG9 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à FG16		
FG9. EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ? SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées :__ __ Aucune fille excisée.....00	00⇒FG16
FG10. SUR LAQUELLE DE VOS FILLES A T - ON PROCEDE TOUT RECEMMENT A L'EXCISION ? <i>Enregistrer le nom de la fille.</i>	Nom de la fille : _____	
FG11. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA. A-T-ON ENLEVE QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG13
FG12. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG13. LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG14. QUEL AGE AVAIT (nom) AU MOMENT DE L'EXCISION ? <i>Si l'enquêtee ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.</i>	Âge de la fille à l'excision__ __ NSP 98	
FG15. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle 11 Accoucheuse traditionnelle 12 Autre (à préciser) : 16 Professionnel de santé Médecin 21 Infirmière/sage-femme 22 Autre (à préciser) 26 NSP 98	
FG16. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue..... 1 Disparaître 2 Cela dépend..... 3 NSP 8	

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC																								
HC1. Quelle est la langue maternelle/langue natale du chef de ménage ?	Arabe 1 Poular 2 Soninke 3 Wolof.....4 Autre langue (à préciser)..... 6																									
HC2. Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	Nbre. de pièces — —																									
HC3. PRINCIPAL MATERIEL DU SOL : Enregistrer l'observation.	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Pierre 13 Matériau fini Ciment 21 Carreau 22 Autre (à préciser)..... 96																									
HC4. PRINCIPAL MATERIEL DU TOIT. Enregistrer l'observation.	Matériau naturel Chaume/feuille de palmier 11 Herbe/bambou/ Planches de bois 12 Natte 13 Tissu 14 Matériau fini Métal (zinc) 21 Bois 22 Tuiles 23 Ciment 24 Autre (à préciser)96																									
HC5. PRINCIPAL MATERIEL DES MURS. Enregistrer l'observation.	Matériau traditionnel Pas de murs 11 Canne/palmes/troncs 12 Motte de terre 13 Pierre avec boue 14 Briques découvertes 15 Bois/métal de récupération 16 Carton 17 Matériau fini Ciment 21 Pierre avec chaux/ciment 22 Contre-plaqué 24 Zinc 24 Autre (à préciser)96																									
HC6. Dans votre ménage, quel type de combustible utilisez-vous principalement pour la cuisine ?	Électricité 1 Gaz naturel 2 Charbon de bois 3 Bois 4 Autre (à préciser)..... 96	01⇒HC8 02⇒HC8																								
HC7. Dans ce ménage, est-ce que vous cuisinez sur un feu à ciel ouvert, un four ouvert ou un four fermé ? Insister sur le type.	Feu à ciel ouvert 1 Four ouvert 2 Four fermé 3 Autre (à préciser)..... 96																									
HC8. Est-ce que la cuisine est généralement faite dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	À la maison 1 Dans un autre bâtiment 2 À l'extérieur 3 Autre (à préciser)6																									
HC8A. HABITUELLEMENT, EST- CE QUE LES MEMBRES DE MENAGE LAVENT LES MAINS AVEC LE SAVON AVANT LE REPAS ?	Oui1 Non 2																									
HC9. Dans votre ménage, avez-vous : L'électricité ? La radio ? La télévision ? Un téléphone mobile ? Un téléphone fixe? Un réfrigérateur ?	<table> <tr> <th></th><th>Oui</th><th>Non</th></tr> <tr> <td>Électricité</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Radio</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Télévision</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Téléphone mobile</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Téléphone fixe</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Réfrigérateur</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>Ordinateur</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		Oui	Non	Électricité	1	2	Radio	1	2	Télévision	1	2	Téléphone mobile	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur	1	2	Ordinateur	1	2	
	Oui	Non																								
Électricité	1	2																								
Radio	1	2																								
Télévision	1	2																								
Téléphone mobile	1	2																								
Téléphone fixe	1	2																								
Réfrigérateur	1	2																								
Ordinateur	1	2																								

Un Ordinateur Connexion à l'Internet ?	Connexion à l'Internet	1	2	
HC10. Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :		Oui	Non	
Une bicyclette?	Bicyclette	1	2	
Une motocyclette ou un scooter ?	Motocyclette/Scooter	1	2	
Une charrette tirée par un animal?	Charrette avec animal	1	2	
Une voiture ou un camion?	Voiture/Camion	1	2	
Un bateau à moteur?	Bateau à moteur	1	2	

MODULE SUR LE TRAVAIL DES ENFANTS										CL
Les questions de ce module doivent être posées à la mère/gardienne de chaque enfant dans le ménage âgé de 5 à 14 ans. Pour les membres de ménage de moins de 5 ans ou de plus de 14 ans, laisser les lignes en blanc.										
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAIL QUE LES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE ONT PU FAIRE.										
CL1. No. de ligne.	CL2. Nom	CL3. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON ⇒ A CL5	CL4. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si plus d'un travail, faire la somme de toutes les heures de ces travaux. Enregistrer la réponse, puis ⇒ CL6	CL5. AU COURS DE L'ANNEE DERNIERE (nom) A-T- IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE? Si Oui: ÉTAIT-IL/ELLE PAYE(E) EN ARGENT OU EN NATURE? 1 OUI, PAYE (ARGENT OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON	CL6. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE AIDE AUX TRAVAUX MENAGERS TELS QUE FAIRE DES COURSES, FAIRE LA CUISINE, NETTOYER ET CHERCHER DU BOIS ET DE L'EAU OU GARDER LES ENFANTS ? 1 OUI 2 NON ⇒ A CL8	CL7. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CES TRAVAUX MENAGERS?	CL8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE (nom) A-T-IL/ELLE FAIT DES/D'AUTRES TRAVAUX POUR LE MENAGE (DANS UNE FERME OU UN COMMERCE, OU VENDRE DES MARCHANDISES DANS LA RUE ?) 1 OUI 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE	CL9. Si Oui: DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL/ELLE PASSE A FAIRE CE TRAVAIL?		
LIGNE	NOM	OUI PAYE N. PAYE NON	NO. D'HEURES	OUI PAYE N. PAYE NON	OUI NON	NO. D'HEURES	OUI NON	NO. D'HEURES		
01		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
02		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
03		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
04		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
05		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
06		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
07		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
08		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
09		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
10		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
11		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
12		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
13		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
14		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		
15		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___		

HANDICAP												
Ce module doit être administré aux personnes en charge des enfants de 2 à 9 ans qui vivent dans le ménage. Pour les membres du ménage de moins de 2 ans ou de plus de 9 ans, laisser les lignes en blanc												
JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER S'IL Y'A DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS DANS CE MENAGE QUI ONT L'UN DES PROBLEMES DE SANTE QUE JE VAIS VOUS CITER												
DA1. Numéro ligne.	DA2. Nom de l'enfant	DA3. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A OU AVAIT UN RETARD SERIEUX POUR S'ASSEOIR, SE TENIR DEBOUT OU MARCHER ?	DA4. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR VOIR LA LUMIERE DU JOUR OU A LA TOMBEE DE LA NUIT?	DA5. EST -CE QUE (nom) SEMBLE AVOIR DES TROUBLES DE L'AUDITION? (UTILISE UN APPAREIL ACCOUST- IQUE, A DES TROUBLES DE L'AUDITION, TOTALEMENT SOURD)	DA6. QUAND VOUS DEMANDEZ A (nom) DE FAIRE QUELQUE CHOSE, EST CE QU'IL /ELLE COMPREND CE QUE VOUS DITES?	DA7. EST-CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR MARCHER, OU BOUGER LES BRAS OU EST - CE QU'IL/ELLE MANQUE DE FORCE ET/OU A UNE RAIDEUR DANS LE BRAS OU LES JAMBES?	DA8. EST-CE QUE (nom) PIQUE PARFOIS DES CRISES, DEVIENT RAIDE OU PERD CONNAISS- ANCE?	DA9. EST-CE QUE (nom) APPREND A FAIRE DES CHOSSES COMME LES AUTRES ENFANTS DE SON AGE?	DA10. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE PARLER DU TOUT (PEUT-IL /ELLE SE FAIRE COMPR ENDRE EN PARLANT, PEUT DIRE DES CHOSSES RECONNAISS- ABLES)?	DA11. (Pour les enfants de 3-9 ans): EST-CE QUE LA FACON DE PARLER DE (nom) EST DIFFERENTE DE LA NORMALE (PAS ASSEZ CLAIRE POUR QU'IL/ELLE SOIT COMPRIS(E) PAR LES GENS AUTRES QUE SA FAMILLE IMMEDIATE)?	DA12. (Pour les enfants de 2 ans): EST-CE QUE (nom) PEUT NOMMER AU MOINS UN OBJET (PAR EXEMPLE, UN ANIMAL, UN JOUET, UNE TASSE, UNE CUIILLIERE) ?	DA13. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS DU MEME AGE (nom) PARAIT-T- IL/ELLE MENTALE- MENT ARRIERE OU EST-IL/ELLE LENT(E) D'ESPRIT?
LIGNE	NOM	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N	O N
01		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
02		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
03		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
04		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
05		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
06		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
07		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
08		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
09		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
10		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
11		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
12		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
13		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
14		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2
15		1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2	1 2

Module sur les moustiquaires		TN																
TN1. Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	Oui 1 Non 2	2⇒ module suiv.																
TN2. Combien de moustiquaires avez-vous dans votre ménage ? Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de moustiquaires ____																	
TN3. Est-ce que la moustiquaire (Est-ce que n'importe laquelle des moustiquaires) fait partie des types suivants : TN3o1. Moustiquaire simples TN3o2. Moustiquaire impregnées TN3o3. Autres moustiquaires	<table border="1"> <thead> <tr> <th>O</th> <th>Nbr</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>__</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>__</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>__</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	O	Nbr	N	NSP	1	__	2	8	1	__	2	8	1	__	2	8	
O	Nbr	N	NSP															
1	__	2	8															
1	__	2	8															
1	__	2	8															
TN3a. Où avez-vous reçu la moustiquaire ?	Secteur public Hôpital 11 Centre de santé 12 Poste de santé 13 PMI 14 Agent de santé communautaire 15 Autre (à préciser)16 Secteur médical privé Clinique privé(e) 21 Médecin privé 22 Pharmacie privée 23 Autres à préciser 26 Autres sources Parent ou ami 31 Magasin / Magasin 32 Guérisseur traditionnel 33 Autre (à préciser).....96 NSP 98																	
TN3b. Combien avez-vous payé pour la moustiquaire ?	OUGUIYA ____ Gratuit 9996 NSP 9998																	
TN4. Depuis combien de temps possédez-vous la (plus récente) moustiquaire ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si LA REPONSE EST "12 MOIS" OU "1 AN", INSISTER POUR DETERMINER SI LA MOUSTIQUAIRE A ETE OBTENUE IL Y A EXACTEMENT 12 MOIS OU PLUTOT OU PLUS TARD.</i>	Mois ____ Plus de 24 mois 95 NSP/Pas sûre 98																	
TN5. Depuis que vous avez la moustiquaire, est-ce que vous l'avez (les avez) trempée(s) ou plongée(s) dans un liquide pour tuer/éloigner les moustiques?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ module suiv. 8⇒ module suiv.																
TN6. Combien de temps s'est-il écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée dans un liquide insecticide pour la dernière fois ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois ____ Plus de 24 mois 95 NSP/Pas sûre 98																	

MODULE SUR LA MORTALITE MATERNELLE									MM
Poser les questions de ce module à chaque membre adulte (âgé de 15 ou plus) du ménage. Copier le nom et le numéro de ligne de chaque adulte à partir du questionnaire ménage. Si un des membres adultes n'est pas à la maison, un autre membre adulte peut répondre à sa place. Dans ce cas, encrer le '1' dans MM3, et inscrire le numéro de ligne de cet (te) autre enquêté(e) remplaçant(e) « proxy » dans MM4. Pour les membres du ménage de moins de 15 ans, laisser les lignes en blanc.									
MM1. Ligne no.	MM2. Nom	MM3. Est-ce que l'information est une information par procuration? 1 oui⇒MM4 2 non ⇒MM5		MM4. N° de ligne de l'enquêté(e) « proxy » (à partir de la feuille d'enregistrement du ménage HL1)	MM5. Combien de sœurs (nées de la même mère) avez-vous ? 98= NSP	MM6. Parmi ces sœurs, combien ont-elles atteint l'âge de 15 ans ? 98= NSP	MM7. Parmi ces sœurs (qui ont au moins 15 ans), combien sont-elles encore en vie ? 98= NSP	MM8. Parmi ces sœurs qui ont atteint l'âge de 15 ans ou plus, combien sont-elles décédées ? 98= NSP	MM9. Parmi ces sœurs qui sont décédées, combien sont-elles décédées quand elles étaient enceintes, au cours d'un accouchement ou dans les six semaines suivant la fin d'une grossesse ? 98= NSP
Ligne	Nom	O	N	Ligne					
01		1	2	---	---	---	---	---	---
02		1	2	---	---	---	---	---	---
03		1	2	---	---	---	---	---	---
04		1	2	---	---	---	---	---	---
05		1	2	---	---	---	---	---	---
06		1	2	---	---	---	---	---	---
07		1	2	---	---	---	---	---	---
08		1	2	---	---	---	---	---	---
09		1	2	---	---	---	---	---	---
10		1	2	---	---	---	---	---	---
11		1	2	---	---	---	---	---	---
12		1	2	---	---	---	---	---	---
13		1	2	---	---	---	---	---	---
14		1	2	---	---	---	---	---	---
15		1	2	---	---	---	---	---	---

MODULE SUR L'IODIZATION		SI
<p>SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DU SEL UTILISE LA NUIT DERNIERE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.</i></p>	<p>Pas iodé 0 PPM 1</p> <p>Moins de 15 PPM..... 2</p> <p>15 PPM ou plus 3</p> <p>Pas de sel à la maison 6</p> <p>Sel pas testé..... 7</p>	

SI2. Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage?
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL6. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible.

☐ Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME
Administrer le questionnaire à la première femme éligible.

☐ Non ⇒ Continuer.

SI3. Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. Vous devez avoir un questionnaire dont le panneau d'information est rempli pour chaque enfant éligible.

☐ Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS
Administrer le questionnaire à la mère ou gardienne pour le premier enfant éligible.

☐ Non ⇒ Cont. Avant de partir, remercier l'enquêté(e) de sa collaboration.
Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et enregistrer le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.

SI4. Y a-t-il des hommes éligibles âgés de 15-59 ans qui vivent dans le ménage?
Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8 A Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque homme éligible.

☐ Oui. ⇒ Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME
Administrer le questionnaire au premier éligible.

☐ Non ⇒ Continuer.



ONS



QUESTIONNAIRE ENFANT

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

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

Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardienne dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

UF 1. Wilaya :/___/___/ UF2. Moughataa : /___/

UF3. Commune..... /___/___/ Localité :

UF4. N° Grappe _____ UF5. N° de ménage : _____

UF6. Nom de l'enfant : UF7. N° de ligne de l'enfant : _____

UF8. Nom de la mère/gardienne: _____ UF9. N° de ligne de mère/gardienne : _____

UF10. Nom et N° de code de l'enquêtrice : _____ UF11. Jour/Mois/Année de l'interview : _____/_____/_____

UF12. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans (Les codes font référence à la mère/gardienne).	Rempli.....1
	Pas à la maison.....2
	Refusé.....3
	Rempli partiellement4
	Incapacité.....5
	Autre (à préciser) :.....6

Présenter vos salutations à l'enquêtée, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DE LA MERE ET L'ENFANT ET CERTAINS CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 15 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

UF13. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? <i>Insister :</i> QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ? <i>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encrer 98 pour jour.</i>	Date de naissance : Jour 98	
	NSP jour.....98	
	Mois 98	
	Année..... 98	

UF14. QUEL AGE A (nom) EN MOIS ? <i>INSISTER :</i> pour obtenir l'âge en en mois.	Âge en mois : 98	
--	------------------------	--

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE					BR
BR1. (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu 1 Oui, pas vu 2 Non 3 NSP 8				1⇒BR5
BR2. LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE/DECLAREE A L'ETAT CIVIL ?	Oui 1 Non 2 NSP 8				1⇒BR5 8⇒BR4
BR3. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTREE/DECLAREE ?	Ça coûte très cher 1 C'est trop loin 2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée ... 3 Ne sait pas où l'enregistrer 4 Ne voit pas l'utilité de l'état civil 5 Autre (à préciser) 6 NSP 7				
BR4. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui 1 Non 2				
BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âgé de 36 à 49 mois <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BR6 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à BR8					
BR6. (Nom) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'EDUCATION PRESCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8				2⇒BR8 8⇒BR8
BR7. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures..... _ _				
BR8. PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE AGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : Si 'Oui', demander : QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC L'ENFANT - LA MERE, LE PERE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MENAGE (Y COMPRIS LA GARDIENNE/ENQUETEE)? Encercler toutes les réponses.					
BR8A. LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)?	Livres	Mère	Père	Autre	Personne
BR8B. RACONTER DES HISTOIRES A (nom)?	Contes	A	B	X	Y
BR8C. CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	Chansons	A	B	X	Y
BR8D. EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	Sortir en dehors	A	B	X	Y
BR8E. JOUER AVEC (nom)?	Jouer avec	A	B	X	Y
BR8F. PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER?	Passer du temps	A	B	X	Y

MODULE SUR LA VITAMIE A		VA
VA1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrer la capsule ou le flacon pour différentes doses :</i> -100 000 UI pour les enfants âgés de 6-11 mois, -200 000 UI pour les enfants âgés de 12-59 mois.	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
VA2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois NSP98	
VA3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 Autre (à préciser) 6 NSP 8	

MODULE SUR LE DEPARASITAGE (ALBENDAZOLE) CHEZ LES ENFANTS AGES DE 12-59 MOIS AL		
AL1. (nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UN COMPRIME D'ALBENDAZOLE (SUPPLEMENT) COMME CELLE -CI ? MONTRER LE COMPRIME OU LE FLACON	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
AL2. CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois NSP98	
AL3. OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIERE DOSE ?	Au centre de santé lors d'une visite de routine 1 Au centre de santé quand l'enfant était malade 2 Journée Nationale de Vaccination 3 Autre (à préciser) 6 NSP 8	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT		BF																																																																				
BF1. A-T-IL/ELLE ETEALLAITE (<i>nom</i>) ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒BF3 8⇒BF3																																																																				
BF2. EST-IL/ELLE TOUJOURS ALLAITE?	Oui 1 Non 2 NSP 8																																																																					
BF3. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, A-T-IL/ELLE REÇU L'UNE DES CHOSES SUIVANTES : Lire à haute voix le nom de chaque élément et enregistrer la réponse avant de passer à l'élément suivant.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>A. Suppléments de vitamines</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3B. EAU ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>B. Eau</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>C. Eau sucrée ou jus.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>D. SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E. Préparation.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F. Lait.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3G. AUTRES LIQUIDES ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G. Autres liquides.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>H. Aliment solide ou semi-solide.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?				A. Suppléments de vitamines	1	2	8	BF3B. EAU ?				B. Eau	1	2	8	BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?				C. Eau sucrée ou jus.....	1	2	8	BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?				D. SRO.....	1	2	8	BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?				E. Préparation.....	1	2	8	BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS				F. Lait.....	1	2	8	BF3G. AUTRES LIQUIDES ?				G. Autres liquides.....	1	2	8	BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?				H. Aliment solide ou semi-solide.....	1	2	8	
	O	N	NSP																																																																			
BF3A. SUPPLEMENT DE VITAMINES, DE MINERAUX, OU DES MEDICAMENTS ?																																																																						
A. Suppléments de vitamines	1	2	8																																																																			
BF3B. EAU ?																																																																						
B. Eau	1	2	8																																																																			
BF3C. EAU SUCREE, PARFUMEE OU JUS DE FRUIT OU THE OU INFUSION?																																																																						
C. Eau sucrée ou jus.....	1	2	8																																																																			
BF3D. SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE (SRO) ?																																																																						
D. SRO.....	1	2	8																																																																			
BF3E. PREPARATION POUR BEBES VENDUE COMMERCIALEMENT ?																																																																						
E. Préparation.....	1	2	8																																																																			
BF3F. LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU LAIT FRAIS																																																																						
F. Lait.....	1	2	8																																																																			
BF3G. AUTRES LIQUIDES ?																																																																						
G. Autres liquides.....	1	2	8																																																																			
BF3H. ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE (PUREE) ?																																																																						
H. Aliment solide ou semi-solide.....	1	2	8																																																																			
BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a-t-il reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec BF5 <input type="checkbox"/> Non ou NSP. ⇒ Passer au Module Suivant																																																																						
BF5. DEPUIS HIER A LA MEME HEURE QUE MAINTENANT, COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.	Nombre de fois NSP 8																																																																					

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA5</p> <p>8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</p> <p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (<i>nom local du sachet de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8</p> <p>B. Liquide maison.....1 2 8</p> <p>C. Liquide SRO préemballé....1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien 1</p> <p>Environ la même quantité (ou un peu moins) 2</p> <p>Plus 3</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</p>	<p>Rien 1</p> <p>Beaucoup moins 2</p> <p>Un peu moins 3</p> <p>Environ la même quantité 4</p> <p>Plus 5</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS À UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?</p>	<p>Problème dans la poitrine 1</p> <p>Nez bouché 2</p> <p>Les deux 3</p> <p style="text-align: right;">Autre (à préciser) 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>6⇒CA12</p>
<p>CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA10</p> <p>8⇒CA10</p>

<p>CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?</p> <p>QUELQUE PART AILLEURS</p> <p>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital A</p> <p>Centre de santé B</p> <p>PMI C</p> <p>Poste de santé D</p> <p>Agent de santé villageois E</p> <p>Autre (à préciser) H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie K</p> <p>Autre (à préciser) L</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) / ami(e) P</p> <p>Commerce Q</p> <p>Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (à préciser) X</p>	
<p>CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒ CA12</p> <p>8⇒ CA12</p>
<p>CA11. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p>Encercler tous les médicaments mentionnés.</p>	<p>Traitement antibiotique A</p> <p>Paracétamol/Panadol/Acetaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA12. Vérifier UF14: L'enfant est-il âgé de moins de 36 mois ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines 01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines 02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé 03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Laissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (à préciser) 96</p> <p>NSP 98</p>	
<p>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés.</p> <p>Mais NE lui faites PAS de suggestions.</p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter A</p> <p>L'enfant devient de plus en plus malade B</p> <p>L'enfant développe une fièvre C</p> <p>L'enfant a une respiration rapide D</p> <p>L'enfant a des difficultés à respirer E</p> <p>L'enfant a du sang dans les selles F</p> <p>L'enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Autre (à préciser) Y</p> <p>Autre (à préciser) Z</p>	

MODULE SUR LA VACCINATION										IM			
Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.													
IM1.Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?				Oui, vue1 Oui, pas vue.....2 Non.....3						2⇒IM10 3⇒IM10			
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. (b) Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.				Date de vaccination									
				JOUR		MOIS		ANNÉE					
IM2. BCG BCG													
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE VPO0													
IM3B. POLIO 1 VPO1													
IM3C. POLIO 2 VPO2													
IM3D. POLIO 3 VPO3													
IM4A. DTC OQ1 DPCoQ1													
IM4B. DTC OQ2 DPCoQ2													
IM4C. DTC OQ3 DPCoQ3													
IM5A. HEPB1 (OU DTCOQHB1) (DTCOQ)H1													
IM5B. HEPB2 (OU DTCOQ HB2) (DTCOQ)H2													
IM5C. HEPB3 (OU DTCOQHB3) (DTCOQ)H3													
IM6. ROUGEOLE (OU MMR) ROUGEOLE													
IM7. FIEVRE JAUNE FJ													
IM8A. VITAMINE A (1) VITA 1													
IM8B. VITAMINE A (2) VITA 2													
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION? Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoq 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, ou des suppléments de Vitamine A.				Oui1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B). Non.....2 NSP.....8						1⇒MODULE SUIV. 2⇒ MODULE SUIV. 8⇒ MODULE SUIV.			
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?				Oui1 Non.....2 NSP.....8						2⇒ MODULE SUIV. 8⇒ MODULE SUIV.			

IM11. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui1 Non2 NSP8	
IM12. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ, JUSTE APRÈS LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIÈRES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 premières semaines).....1 Plus tard2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?	Nombre de fois _ _	
IM15. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE « VACCINATION DTC OQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU À LA FESSE- POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui1 Non2 NSP8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois _ _	
IM17. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui1 Non2 NSP8	
IM18. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (nom) A PARTICIPE À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT:		
IM18A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A	O N NSP Campagne A.....1 2 8	
IM18B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B	Campagne B.....1 2 8	
IM18C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C	Campagne C.....1 2 8	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A- DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE- QUE (nom) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/FansidarA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre (à préciser)H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/AcetaminophenP Aspirine Q IbuprofenR Autre (à préciser) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquête.</i>	Antipaludéens : SP/FansidarA ChloroquineB AmodiaquineC QuinineD Combinaison basée sur l'ArtémisinineE Autre (à préciser)H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/AcetaminophenP Aspirine Q IbuprofenR Autre (à préciser) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		
ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL/ELLE COMMENCE À PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ? <i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre 2 3 jours après la fièvre 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	

ENREGISTRER LE CODE DU JOUR OU L'ANTIPALUDEEN A ETE DONNE.		
ML10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU- LE SUIV . 8⇒MODU- LE SUIV .

ML11. Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT QUI VIT DANS LE MENAGE DONT L'ENQUETEE EST LA MERE/GARDIENNE ?
VERIFIER LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE, COLONNE HL8.

☐ OUI. ⇒ FIN DU PRESENT QUESTIONNAIRE ; ET PUIS
PASSER AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS POUR L'ENFANT ELIGIBLE SUIVANT.

☐ NON. ⇒ FIN DE L'INTERVIEW. REMERCIER L'ENQUETEE DE SA COLLABORATION.

SI CET ENFANT EST LE DERNIER ENFANT ELIGIBLE DANS LE MENAGE, PASSER AU MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE.

MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg).....__ __ . __	
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant en UF14: <input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 24 mois. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 24 mois ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position allongée 1 __ __ . __ Taille (cm) Position debout 2 __ __ . __	
AN3. NOMET Code du mesureur :	Code __ __	
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré 1 Absent 2 Refus 3 Autre (à préciser) 6	
AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Information sur le Ménage.		



ONS



QUESTIONNAIRE HOMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME

*Ce questionnaire doit être administré à chaque homme âgé de 15 à 59 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque homme éligible.
Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de l'homme dans l'espace ci-dessous.
Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.*

ME1.Wilaya:...../___/___/	ME2.Moughataa: /___/
ME3.Commune..... /___/___/	Localité:
ME4. N°de grappe : _____	ME5. N° de ménage : _____
ME6. Nom de l'homme : _____	ME7. N° de ligne de l'homme : _____
ME8.Nom et numéro de code de l'enquêteur: _____	ME9. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ / _____ / _____
ME10. Résultat de l'interview de l'homme	Rempli 1 Pas à la maison 2 Refusé 3 Rempli partiellement 4 Incapacité 5 Autre (à préciser) 6

Présenter vos salutations à l'homme, si vous ne l'avez pas déjà fait :

NOUS SOMMES DE L'OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE ET CERTAINES CARACTERISTIQUES DES MENAGES. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES.

ME11. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance : Mois __ __ NSP mois98 Année __ __ __ __ NSP Année 9998	
ME12. QUEL AGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues)..... __ __	
ME13. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒ME17
ME14. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT :	Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3 Coranique 4 Mahadra 5	
ME15. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE À CE NIVEAU ?	Classe/Année __ __	
ME16. Vérifier ME14: <input type="checkbox"/> Secondaire/Supérieur/Mahdra ⇒ passer à ME18 <input type="checkbox"/> Primaire ou Coranique ⇒ Continuer avec ME17		
ME17. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer les phrases à l'enquête. Si l'enquête ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? <i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i> 1. L'enfant lit un livre. 2. Les pluies sont en retard cette année. 3. Les parents doivent prendre soin de leurs enfants. 4. Le travail des champs est dur.	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase..... 3 <p style="text-align: center;">Pas de carte dans langue qui convient 4 (langue à préciser)</p> Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5	
ME18 QUELLE EST VOTRE LANGUE MATERNELLE ?	Arabe1 Poular 2 Soninké3 Wolof4 Autres (à préciser) :.....5	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.	Oui..... 1 Non 2	2⇒ FIN DE L'INTERVIEW
AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?		
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI NA AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE, LA BOISSON OU LE THE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQUE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA7B. EST – CE QUE VOUS AVEZ UTILISE DES PRESRVATIFS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non 2	
HA7C. EST CE QUE VOUS CONNAISSEZ UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR SE SOIGER CONTRE LE SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA7D. EST CE QUE VOUS CONNAISSEZ UNE PERSONNE, EN MAURITANIE, QUI A LE SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	

HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse 1 2 8	
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement 1 2 8	
HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES PRODUITS ALIMENTAIRES OU LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
HA14. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒HA17
HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui 1 Non 2	
HA16. AVEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL EXIGE?	A demandé le test 1 Proposé et accepté 2 Exigé..... 3	1⇒ FIN DE L'INTERVIEW 2⇒ FIN DE L'INTERVIEW 3⇒ FIN DE L'INTERVIEW
HA17. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui 1 Non 2	