

## ANNEXE B : QUESTIONNAIRES

## QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE LA DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE . NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROGRAMME PORTANT SUR LA SANTE DE LA FAMILLE, L'EDUCATION ET LA PROTECTION DES ENFANTS. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON QUELQUES MINUTES (45 MINUTES ENVIRON). TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER A TOUTES LES MERES OU D'AUTRES PERSONNES EN CHARGE D'ENFANTS DANS LE MENAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

MODULE I : CADRE D'INFORMATION SUR LE MENAGE	
1. Numéro de grappe : + - - - - - - - - +	2. Numéro de ménage : + - - - - - - - - +
3. Jour/Mois/Année de l'interview : + - - - - - + / + - - - - - + / + - - - - - - - - +	4. Nom et numéro de l'enquêteur : _____ + - - - - - +
5. Nom du chef de ménage : _____	
6. Milieu de résidence : Urbain.....1 Rural.....2	7. Région Dakar.....01 Ziguinchor.....02 Diourbel.....03 St-Louis.....04 Tamba.....05 Kaolack.....06 Thies.....07 Louga.....08 Fatick.....09 Kolda.....10
7AA. Nom et code département _____ + - - - +	
8. Matériau du sol du logement Terre/sable.....01 Boue.....02 Parquet/bois de cire.....03 Bande de Vinyl/tapis.....04 Carrelage.....05 Ciment.....06 Moquette.....07 Autre (à préciser).....66	9. Nombre de pièces pour dormir dans le logement : + - - - - - +
10. Résultat de l'interview ménage : Rempli.....1 Refusé.....2 Pas à la maison.....3 Logement non retrouvé/détruit.....4 Autre(à préciser).....6	10AA : DATE PROCHAIN RV : /__/_/ /__/_/ /__/_/ /__/_/  NOMBRE TOTAL DE VISITES : : /__/_/
11. Nombre de femmes éligibles pour l'interview : + - - - - - +	12. Nombre de questionnaires femmes entièrement remplis : + - - - - - +
13. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : + - - - - - +	14. Nombre de questionnaires enfants remplis: + - - - - - +
15. Taille du ménage : + - - - - - +	17. Date de saisie : + - - - - - + + - - - - - +
16. Nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant hors du ménage : + - - - - - +	
Observations de l'enquêteur/contrôleur:	

N°. de grappe \_\_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_\_

CADRE D'INFORMATION SUR LE MENÂGE (SUITE)		
15AA - Nom du répondant _____	+-----+ Mettre dans ces cases le N° de ligne de la Feuille d'enregistrement du ménage	
15BB - AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE LA CONVENTION DES DROITS DE L'ENFANT ?	Oui .....1 Non.....2	2⇒ Q15EE
15CC - PAR QUELLES SOURCES AVEZ-VOUS ETE INFORME SUR CETTE CONVENTION ?  <i>(Ne suggérez pas de réponses à l'enquête) Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Radio ou télévision.....1 Lecture de Journaux.....2 Conversations entre amis.....3 Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale .....4 U N I C E F.....5 Autre ..... 6 <i>(à préciser)</i>	
15DD – POUVEZ-VOUS CITER DES DROITS DE L'ENFANT FIGURANT DANS CETTE CONVENTION ?  <i>(Ne suggérez pas des réponses à l'enquête) Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Santé.....01 Education et loisirs .....02 Survie et développement.....03 Protection .....04 Paix .....05 Famille, nom et nationalité.....06 Egalité .....07 Environnement sain .....08 Liberté d'expression, d'association.....09 Autre ..... 66 <i>(à préciser)</i>	
15EE- QUELLE EST LA PROFESSION DU CHEF DE MÉNÂGE?	Sans occupation .....01 Salarié cadre supérieur.....02 Salarié cadre moyen.....03 Salarié subalterne.....04 Bonne, employé(e) de maison.....05 Artisan.....06 Commerçant/vendeur.....07 Cultivateur/agriculteur.....08 Eleveur.....09 Pêcheur.....10 Autre ..... 66 <i>(à préciser)</i>	
15FF - LE MENÂGE POSSEDE-T-IL ? A – UNE RADIO B - UN TELEVISEUR C - UN REFRIGERATEUR, CONGELATEUR D – UN TELEPHONE E – UNE CUISINIÈRE F - UNE MACHINE A COUDRE G - UN CLIMATISEUR H- UNE CHARRETTE I - UNE CHARRUE J- UNE VOITURE K - UNE TERRE CULTIVABLE L - UNE MAISON/ TERRAIN M - UN TRACTEUR	oui non A – Une radio 1 2 B – Un téléviseur 1 2 C – Un réfrigérateur/ Congélateur 1 2 D – Un téléphone 1 2 E – Une cuisinière 1 2 F – Une machine à coudre 1 2 G – Un climatiseur 1 2 H- Une charrette 1 2 I - Une charrue 1 2 J - Une Voiture 1 2 K – Une maison/ terrain 1 2 L – Une terre cultivable 1 2 M – Un tracteur 1 2	
15GG - QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'ECLAIRÂGE POUR VOTRE MENÂGE ACTUELLEMENT?	Bois .....1 Pétrole.....2 Gaz .....3 Electricité/énergie solaire.....4 Bougie.....5 Autre ..... 6 <i>( à préciser)</i>	
15HH - QUEL EST LE PRINCIPAL COMBUSTIBLE POUR LA CUISINE ACTUELLEMENT?	Bois /charbon de bois .....1 Pétrole.....2 Gaz .....3 Electricité/Energie solaire.....4 BOUSE DE vache/d'animaux.....5 Autre ..... 6 <i>(à préciser)</i>	

N°. de grappe \_\_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_\_

<b>MODULE II : FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE</b>														
Ajoutez une feuille complémentaire s'il n'y a pas assez d'espace sur cette page. Cochez ici si vous utilisez une feuille supplémentaire <input type="checkbox"/>														
				Eligible pour:			Pour les personnes âgées de 15 ans ou plus posez Qs. 8 et 9		Pour les enfants âgés de moins de 15 ans posez Qs. 10 à 13					
				MODUL ES FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	MODULES SANTÉ DES ENFANTS								
1. No. de Ligne	2. Nom	3. (Nom) EST-IL/ ELLE de sexe masc. ou fém.?	3AA. DATE DE NAISSANCE  INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNEE  Enregistrez 99=nsp si le mois de naissance n'est pas connu.	4. QUEL AGE A (nom) ?  (QUEL AGE AVAIT SON (DERNIE R AN- NIVERSAI RE ?)  Enregistrez en années révolues 99=nsp	5. Encerc lez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15- 49 ans	6. Pour chaque enfant âgé de 5-15 ans révolus: QUI EST LA MERE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALE -MENT DE CET ENFANT? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	7. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans: QUI EST LA MERE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALE- MENT DE CET ENFANT ? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	8. Peut- il/elle lire une lettre ou un journal facile- ment, difficile- ment ou pas du tout ? 1 facile- ment 2 DIFFICIL- LEMENT 3 PAS DU TOUT 9 NSP	9. Quel est l'état matrimonial de (NOM) ?  1 MARIE(E)/ EN UNION 2 VEUF(VE) 3 DIVORCE(E) 4 SEPARÉ(E) 5 JAMAIS MARIE(E)	10. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI- QUE DE DE EST TOU- JOURS EN VIE ?  1 OUI 2 NON 9 NSP  2 non Q.12  9 NSP Q.12	11. EST-CE QUE LA MERE BIOLO- GI-QUE DE (nom) VIT DANS CE MENA- GE?  1 OUI 2 NON	12. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOU-JOURS EN VIE ?  1 OUI 2 NON 9 NSP  2 non Ligne suiv.  9 NSP Ligne suiv.	13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ?  1 OUI 2 non	
LIGNE	NOM	M F			15-49	MERE	MERE	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	O N	O N NSP	O N	
01		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	01	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
02		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	02	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
03		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	03	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
04		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	04	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
05		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	05	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
06		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	06	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
07		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	07	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	
08		1 2	+-----+/-+-----+---	+----+	08	+----+	+----+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2	

Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MÊME S'ILS N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENÂGE ? Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? Si oui, : /\_/ enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille d'enregistrement du ménage.

N°. de grappe

N°. de ménage

MODULE III : EDUCATION														
Pour les personnes âgées de 3 ans ou plus, posez les Qs. 15 et 16				Pour les enfants âgés de 3 à 19 ans, continuez en posant les Qs. 17 à 22										
14. No. de Ligne	15. (Nom) A-T-IL/ ELLE FREQUENTE L'ECOLE ?	16. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES ATTEINT? LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ? NIVEAU : 1 PRÉSCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP  CLASSE : 99 NSP Si moins d'une classe, inscrivez 00.		17. (Nom) FREQUENTE- T-IL/ELLE L'ECOLE ACTUELLE- MENT ?	18. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE , (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE ?	19. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST- IL/ELLE ALLE/E A L'ECOLE ?	20. A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE ?  NIVEAU : 1 PRÉSCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP  CLASSE : 99 NSP	21. (Nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE L'ANNEE DERNIERE ?	22. A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE (nom) ETAIT- IL/ELLE L'ANNEE DERNIERE ?  NIVEAU : 1 PRÉSCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP  CLASSE : 99 NSP					
LIGNE	OUI NON	NIVEAU		CLASSE	OUI NON	OUI NON	JOURS	NIVEAU		CLASSE	C N NSP	NIVEAU		CLASSE
01	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
02	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
03	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
04	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
05	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
06	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
07	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
08	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			
09	1 2 → LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2	1 2	+	1 2 3 4 5 6 9	+	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+			

N°. de grappe

N°. de ménage

N°. de grappe \_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_

**MODULE IV : TRAVAIL DES ENFANTS**

LE MODULE SUIVANT S'ADRESSE A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT AGE DE 5 A 15 ANS REVOLUS QUI VIT DANS LE MENAGE..

ENREGISTREZ LE NUMERO DE LIGNE POUR CHAQUE ENFANT ELIGIBLE DE LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE.

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAUX DES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE.

1. No. de Ligne.	2. Nom	3. DEPUIS LE ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ( <i>nom</i> ) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? <i>Si oui : POUR ETRE PAYE?</i>	4. <i>Si oui :</i> DEPUIS LE ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL /ELLE TRAVAILLE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DU MENAGE ? <i>(Si plus d'un travail, additionnez toutes les heures de travail effectuées). Inscrivez la réponse et ⇒ Q.6</i>	5. AU COURS DE S 12 DERNIERS MOIS, ( <i>nom</i> ) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ?  <i>Si oui : POUR ETRE PAYE ?</i>	6. depuis le ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER ( <i>NOM</i> ) AVAIT-IL/ ELLE AIDE AUX TRAVAUX DE CE MENAGE? PAR EXEMPLE : FAIRE LA CUISINE, FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER LES VETEMENTS, CHERCHER DE L'EAU, OU GARDER LES ENFANTS ?	7. <i>Si oui :</i> DEPUIS LE ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-IL ELLE PASSE EN FAISANT CES TRAVAUX MENAGERS ?	8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE, ( <i>nom</i> ) AVAIT-IL /ELLE FAIT D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU DANS LES AFFAIRES) ?	9. <i>Si oui :</i> DEPUIS LE ( <i>jour de la semaine</i> ) DERNIER, <b>environ combien d'heures avait-il /elle fait ce travail ?</b>						
NO. DE LIGNE	NOM	OUI			OUI			OUI	NON	NO. HEURES	OUI	NON	NO. HEURES	
___		PAYE	N.P.	N	NO. HEURES	PAYE	N.P.	N	OUI	NON	NO. HEURES	OUI	NON	NO. HEURES
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___
___		1	2	3	___	1	2	3	1	2	___	1	2	___

Tous les enfants dans le groupe d'âges sont-ils couverts?

Oui : / \_\_\_/ PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇨

Non :

COMPLETEZ AVANT DE PASSER AU MODULE SUIVANT ⇨

<b>MODULE IVAA : ENFANTS NON RESIDANT DANS LE MENAGE</b>																					
CE MODULE S'ADRESSE AUX ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS NES DE MERE ET/OU PERE BIOLOGIQUES RESIDANT DANS LE MENAGE MAIS VIVANT EUX-MEMES HORS DU MENAGE. POSEZ AU MENAGE LA QUESTION SUIVANTE :																					
1. AVEZ-VOUS DES ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS VIVANT HORS DU MENAGE ?																					
1 - OUI 2 – NON ⇒MODULE SUIVANT																					
2. N°. d'ordre	3. Nom	4. N° de ligne de la mère	5. QUEL EST LE SEXE DE (nom) ? 1 MASCULIN 2 FEMININ		6. QUEL AGE A (nom) ? (QUEL AGE AVAIT (nom) A SON (DERNIER AN-NIVERSAIRE ?)  Enregistrez en années révolues 99=NSP	7. OU VIT ACTUELLEMENT (NOM) ? 1- INSTITUTION DE PLACEMENT 2- TALIBE DANS UN DAARA 3- AVEC SON PERE 4- AVEC SA MERE 5- CONFIE A UN PARENT/AMI 6- AUTRE 9- NSP				8. QUE FAIT -IL LA-BAS ? 1- ECOLE 2- ETUDES CORANIQUES 3- TRAVAIL REMUNERE 4- AIDE FAMILIAL 5- APPRENTI 6- AUTRE 9- NSP	9. UN MEMBRE DU MENAGE A-T-IL VU (NOM) AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS? SI OUI COMBIEN DE FOIS ? METTRE LE NOMBRE DE FOIS ET CODER L'UNITE UNITE : 1= ANNEE 2= MOIS 3=SEMAINE 9 = NSP										
N°. D'ORDRE			M	F	ÂGE (ANS)																
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++
___			1	2	+----+	1	2	3	4	5	6	9	1	2	3	4	5	6	9	+----+	+++

N°. de grappe \_\_\_ \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ \_\_\_

<b>MODULE V : EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT</b>		
<i>Posez les questions de ce module une seule fois pour chaque ménage visité.</i>		
1. QUELLE EST LA SOURCE PRINCIPALE D'EAU A BOIRE POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Eau du robinet dans le logement..... 01 Eau du robinet dans la cour/parcelle ..... 02 Borne fontaine ..... 03 Puits à pompe ..... 04 Puits protégé ..... 05 Source protégée ..... 06 Eau de pluie..... 07 Eau en bouteille..... 08 Puits non protégé..... 09 Source non protégée ..... 10 Mare, ruisseau ou fleuve ..... 11 Camion citerne, vendeur d'eau..... 12 Forâge ..... 13 Autre ..... 66 ( <i>à préciser</i> ) Pas de réponse ou NSP..... 99	
1AA. QUELLE DISTANCE FAUT-IL PARCOURIR POUR ALLER JUSQU'AU LIEU OU SE TROUVE CETTE EAU ?	A moins de 100 mètres.....1 Entre 100 et 500 mètres.....2 A plus de 500 mètres.....3 Sur place.....8	
2. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR ALLER L-BAS, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... ___ ___  Eau sur place..... 888  NSP..... 999	
2AA – OU CONSERVEZ-VOUS EN GENERAL CETTE EAU DE BOISSON?	Réfrigérateur, congélateur.....01 Canari traditionnel.....02 Canari à robinet.....03 Fût en plastique.....04 Fût en métal.....05 Bassine, seau.....06 Chambre à air.....07 Autre ..... 66 ( <i>à préciser</i> )	1⇒Q.3
2BB - AVEC QUELLE PERIODICITE LAVEZ-VOUS CES RECIPIENTS ?	Nombre de fois +-----+ par : +---+ <i>Jour =1</i> <i>Semaine=2</i> <i>Mois=3</i> <i>Jamais=0</i> <i>NSP=9</i>	

<p>3. QUEL TYPE DE TOILETTES UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT DANS VOTRE MENAGE ?</p>	<p>Chasse raccordée à l'égout.....1  Chasse avec fosse.....2  Latrines à fosse ventilée.....3  Edicule public.....4  Latrines sèches traditionnelles.....5  Pots de chambre .....6  Dans la nature .....7  Autre.....8  <i>(à préciser)</i></p>	<p>6⇒Q.5  7⇒Q.5</p>
<p>4. OU SE TROUVENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Dans le logement .....1  Dans la cour/Parcelle.....2  A moins de 100 mètres.....3  Entre 100 et 500 mètres.....4  A plus de 500 mètres.....5</p>	
<p>5. QUE FAITES-VOUS DES SELLES DES PETITS ENFANTS (0-3 ANS) QUAND ILS N'UTILISENT PAS LES TOILETTES OU LES LATRINES ?</p>	<p>Ils utilisent toujours les toilettes/latrines.....1  Jetées dans les toilettes/latrines.....2  Jetées en dehors de la cour .....3  Enterrées dans la cour .....4  Ne sont pas jetées/Restent par terre .....5  Autre .....6  <i>(à préciser)</i>  Pas de petits enfants dans le ménage.....8</p>	
<p>5AA – COMMENT LES EAUX MENAGERES SONT-ELLES GENERALEMENT EVACUEES ?</p>	<p>Réseau d'égout.....01  Puisard.....02  Grille ou bouche avaloir.....03  Trou creusé.....04  Caniveau fermé.....05  Canal ou caniveau à ciel ouvert.....06  Dans la mer, le fleuve ou la rivière.....07  Dans la nature ou la rue.....08  Autre.....66  <i>(à préciser)</i></p>	
<p>5BB - DANS LA MAISON, OU CONSERVEZ-VOUS VOS ORDURES?</p>	<p>Poubelle (récipient) avec couvercle.....1  Poubelle (récipient) sans couvercle.....2  Sacs ou sachets.....3  Autre.....6  <i>(à préciser)</i></p>	
<p>5CC – COMMENT VOUS DEBARRASSEZ-VOUS DE CES ORDURES?</p>	<p>Ramassage public ou privé.....1  Enfouissement .....2  Incinération.....3  Dépôt autorisé.....4  Dépôt sauvage .....5  Autre.....6  <i>(à préciser)</i></p>	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒**

N°. de grappe \_ \_ \_ N°. de ménage \_ \_ \_

**MODULE VI : IODATION DU SEL**

1. JE VOUDRAIS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS  
UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. EST-  
CE QUE JE POURRAIS VOIR UN PEU DE SEL QUE  
VOUS AVEZ UTILISE HIER SOIR POUR CUIRE LE  
REPAS PRINCIPAL DES MEMBRES DE VOTRE  
MENAGE ?

*Après avoir examiné le sel, encerclez le code  
correspondant au résultat du test.*

Non iodé 0 PPM (pas de couleur) .....1  
Moins de 15 PPM (couleur faible).....2  
15 PPM ou plus (couleur vive foncée) .....3  
  
Pas de sel à la maison .....8  
Sel pas testé.....9

**PASSEZ AU QUESTIONNAIRE FEMME ⇨**

N°. de grappe \_\_\_ \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ \_\_\_ N°. de ligne de la femme \_\_\_ \_\_\_

## QUESTIONNAIRE DE LA FEMME

<b>MODULE I : CADRE D'INFORMATION DES FEMMES</b>		
<i>Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne 5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Remplissez une fiche pour chaque femme éligible.</i>		
1. Numéro de ligne de la femme (de la Feuille d'Enregistrement du ménage).	Numéro de ligne .....	
2. Nom de la femme.	Nom .....	
3A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?  <i>Ou :</i>	Date de naissance Mois/Année..... / .....	Si date connue ⇒ 3CC
3B. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	NSP date de naissance..... 999999  <i>Ou :</i> Âge (en années révolues) .....	
3CC - QUELLE EST VOTRE ETHNIE ?	Ouolof.....1 Hal pular.....2 Serer.....3 Diola.....4 Mandingue, Socé.....5 Soninké, Sarakholé.....6 Autre ethnie sénégalaise.....7 Non sénégalais.....8	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒**

N°. de grappe \_\_\_ \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ \_\_\_ N°. de ligne de la femme \_\_\_ \_\_\_

<b>MODULE II : NAISSANCES</b>		
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES. Suivez les instructions fournies au cours de la formation. Voyez le manuel sur les Instructions aux enquêteurs.</i></p>		
<p>1. AVEZ-VOUS JAMAIS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT ?</p> <p><i>Insistez en demandant :</i> JE VEUX DIRE, A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL/ELLE N'A SURVECU QUE QUELQUES HEURES OU MINUTES?</p>	<p>Oui .....1 Non.....2</p>	<p>2⇒ MODULE SUR LE VIH/SIDA</p>
<p>11. QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE VOTRE DERNIER ENFANT (MEME S'IL/ELLE EST DECEDE/E) ?</p>	<p>Date de la dernière naissance Jour/Mois/Année.... ___/___/___</p>	
<p><i>Est-ce que la dernière naissance avait lieu au cours des 12 derniers mois, c'est à dire, depuis..... (inscrivez la date) ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui : naissance vivante au cours des 12 derniers mois. ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non : pas de naissance vivante au cours des 12 derniers mois. ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR LE VIH/SIDA</i></p>		

N°. de grappe \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ N°. de ligne de la femme \_\_\_

<b>MODULE III : ANATOXINE TETANIQUE (TT)</b>		
<i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des douze derniers mois.</i>		
1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ?  <i>Si la femme vous montre la carte, utilisez-la pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carte vue) .....1 Oui (carte pas vue) .....2 Non.....3  NSP.....9	
2. 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.....9	2⇒Q.4 9⇒Q.4
3. <i>Si oui</i> : COMBIEN DE DOSES D'ANATOXINE TETANIQUE (INJECTIONS ANTITETANIQUES) AVEZ-VOUS REÇU AU COURS DE VOTRE DERNIERE GROSSESSE ?	Nombre de doses ..... NSP.....99	
<b>3.AA. Vérification</b> <i>Combien de doses TT ont été enregistrées durant la dernière grossesse à Q.3 ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections TT injections durant la dernière grossesse : ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE.</i> <input type="checkbox"/> <i>Moins de deux injections TT durant la dernière grossesse : ⇒ CONTINUEZ AVEC Q.4</i>		
4. AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION TT ( <i>insister</i> ) N'IMPORTE QUAND AVANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, AU COURS D'UNE GROSSESSE PRECEDENTE OU ENTRE LES GROSSESSES ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.7 9⇒Q.7
5. <i>Si oui</i> : COMBIEN DE DOSES AVEZ-VOUS REÇUES ?	Nombre de doses ..... NSP.....99	
6A. QUAND AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE DOSE ?  <i>Ou :</i>	Date de la dernière dose Mois/Année..... / ..... NSP date ..... 999999  <i>Ou :</i>	Si date connue ⇒Q.7
6B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE DOSE ?	Durée en années ..... NSP.....99	
7. <i>Additionner les réponses à Q.3 et Q.5 pour obtenir le nombre total de doses au cours de la vie</i>	Nombre total de doses ..... NSP.....99	

**PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE ⇒**

N°. de grappe \_\_\_ \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ \_\_\_ N°. de ligne de la femme \_\_\_ \_\_\_

<b>MODULE IV : SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE</b>		
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des douze derniers mois.</i>		
<b>Utilisez Q. 7 et 8 seulement dans les pays où existe une expression locale pour la cécité nocturne.</b>		
1. AU COURS DES DEUX PREMIERS MOIS APRES LA DERNIERE NAISSANCE, AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?  <i>Montrez une capsule de 200,000 IU ou le flacon.</i>	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	
2. AVEZ-VOUS VU QUELQU'UN POUR LES SOINS PRENATALS AU SUJET DE CETTE GROSSESSE ?  <i>Si oui : QUI AVEZ-VOUS VU ?</i>  <i>QUELQU'UN D'AUTRE ?</i>  <i>Insistez sur le type de personne vue.</i>  <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Personnel de santé : Médecin .....1 Infirmier/sage-femme .....2  Autre personne : Matrone .....3 Accoucheuse traditionnelle .....4  Autre _____ 6 <i>(à préciser)</i> Personne .....0	
3. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (ou nom) ?  <i>QUELQU'UN D'AUTRE ?</i>  <i>Insistez sur le type de personne qui a assisté et</i> <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Personnel de santé : Médecin .....1 Infirmier/sage-femme .....2  Autre personne : Matrone .....3 Accoucheuse traditionnelle .....4 Parente/amie .....5  Autre _____ 6 <i>(à préciser)</i> Personne .....0	
3AA. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE VOTRE DERNIER ENFANT?	Dans la maison.....01 Hôpital.....02 Centre de santé.....03 Poste de santé.....04 Case de santé.....05 Maternité .....06 Clinique privée/cabinet médical.....07 Dispensaire privé catholique/mission....08 Autre _____ 66 <i>(à préciser)</i>	
4. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (nom) EST NE, ETAIT-IL/ELLE TRES GROS/SE, PLUS GROS/SE QUE LA MOYENNE, MOYEN/NE, PLUS PETIT/E QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT/E ?	Très gros/se.....1 Plus gros/se que la moyenne .....2 Moyen/ne.....3 Plus petit/e que la moyenne .....4 Très petit/e.....5 NSP.....9	
5. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE PESE/E A LA NAISSANCE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.7 9⇒Q.7
6. COMBIEN PESAIT (nom) ?  <i>Enregistrez le poids du carnet de santé, si disponible.</i>	Du carnet.....1 (grammes) ___ ___  De mémoire.....2 (grammes) ___ ___	

	NSP..... 99999	
7. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES AVEC VOTRE VUE EN PLEIN JOUR ?	Oui .....1	
	Non.....2	
	NSP.....9	
8. AU COURS DE CETTE GROSSESSE-LA, AVEZ-VOUS SOUFFERT DE LA CECITE NOCTURNE ( <i>utilisez l'expression locale</i> ) ?	Oui .....1	
	Non.....2	
	NSP.....9	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT** ⇨

N°. de grappe \_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_ N°. de ligne de la femme \_\_\_\_

<b>MODULE VI : VIH/SIDA</b>		
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.</i>		
<p>1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CE QUE VOUS CONNAISSEZ SUR LES MALADIES GRAVES, EN PARTICULIER, SUR LE VIH ET LE SIDA ?</p> <p>AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	2⇒Q.18
<p>2. Y A-T-IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PERSONNE PUISSE FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	2⇒Q.8 9⇒Q.8
<p>3. MAINTENANT JE VAIS LIRE QUELQUES QUESTIONS SUR COMMENT ON PEUT SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA. CES QUESTIONS PORTENT SUR DES SUJETS RELATIFS A LA SEXUALITE ; CERTAINES PERSONNES PEUVENT TROUVER DIFFICILE D' Y REpondre. CEPENDANT, VOS REponses SONT TRES IMPORTANTES POUR NOUS AIDER A COMPRENDRE LES BESOINS DES GENS AU SENEGAL. JE REPETE ENCORE, CES INFORMATIONS SONT TOTALEMENT PRIVEES ET ANONYMES. JE VOUS PRIE DE REpondre OUI OU NON A CHACUNE DE CES QUESTIONS.</p> <p>PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA SI ON A UN SEUL PARTENAIRE SEXUEL NON-INFECTE?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	
<p>4. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA A TRAVERS LES MOYENS SURNATURELS** ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	
<p>5. PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT CORRECTEMENT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	
<p>6. PEUT-ON ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA A CAUSE DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	
<p>7. PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN EVITANT TOTALEMENT LES RAPPORTS SEXUELS ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	
<p>8. EST-CE POSSIBLE QU'UNE PERSONNE QUI APPARAIT EN BONNE SANTE PEUT AVOIR LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2 NSP.....9</p>	

9. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	2⇒Q.12AA 9⇒Q.12AA
10. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
11. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
12. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT PAR L'ALLAITEMENT MATERNEL ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
12AA. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LES REPAS AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
12BB. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LE MEME LIT AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
12CC. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA MEME SERVIETTE AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
12DD. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN QUI A LE SIDA OU LE VIH DOIT ETRE EN CONTACT AVEC UN ENFANT?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....9	
15. JE NE VAIS PAS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE STATUT PAR RAPPORT AU VIH ( <i>utilisez l'expression comprise localement</i> ), MAIS NOUS NOUS INTERESSONS AU VOLUME DE LA DEMANDE DANS VOTRE COMMUNAUTE POUR LES TESTS DU VIH ET LE COUNSELING. DONC, JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER:  JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTE POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒Q.17
16. JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS DU TEST, MAIS VOUS A-T-ON PARLE DES RESULTATS ?	Oui .....1 Non .....2	
17. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU VOUS POUVEZ ALLER FAIRE UN TEL TEST POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non .....2	
18. <i>Est-ce que la femme a la charge principale d'enfants de moins de cinq ans?</i>  <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> : ⇒ <b>PASSEZ AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS</b> et administrez un questionnaire pour chaque enfant de moins de cinq ans dont elle a la charge. <input type="checkbox"/> <i>Non</i> : ⇒ <b>CONTINUEZ AVEC Q.19</b>		
19. <i>Y a-t-il une autre femme éligible qui habite dans le ménage ?</i>  <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> : ⇒ Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération et <b>PASSEZ AU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE LA FEMME</b> pour l'administrer à la femme éligible suivante. <input type="checkbox"/> <i>Non</i> : ⇒ <b>Terminez l'interview avec la femme en la remerciant de sa coopération.</b> <i>Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et inscrivez le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.</i>		

N°. de grappe \_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_ N°. de ligne de la pers. en charge \_\_\_\_ N°. de ligne de l'enfant \_\_\_\_

## QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes qui ont la charge d'un enfant de moins de cinq ans vivant avec elles (voir Q.4 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible. Les questions doivent être posées à la mère ou la personne en charge de l'enfant éligible (voir Q.7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).

Inscrivez le numéro de ligne de chaque enfant, le numéro de ligne de la mère de l'enfant ou de la personne qui en a la charge, ainsi que les numéros de grappe et de ménage dans l'espace en haut de chaque page.

<b>MODULE I : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION A BAS AGE</b>		
1. Nom de l'enfant.	Nom _____	
1A . Sexe de l'enfant (copiez de Q.3 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).	Masculin.....1 Féminin.....2	
2 . Âge de l'enfant (copiez de Q.4 de la feuille d'enregistrement du ménage).	Âge (en années révolues).....__ __	
3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS A VOTRE CHARGE, QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? <i>Insistez :</i> QUEL EST SON ANNIVERSAIRE ? <i>Si la mère connaît la date exacte de naissance, ajoutez également le jour ; sinon, inscrivez 99 pour le jour.</i>	Date de naissance Jour/Mois/Année.... __ __ / __ __ / __ __ __ __	
4. (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?  <i>Si le certificat est présenté, vérifiez la date de naissance déclarée. Si aucun certificat de naissance n'est présenté, essayez de vérifier la date en utilisant un autre document (carnet de santé, etc.). Corrigez l'âge déclaré, si nécessaire.</i>	Oui, vu.....1 Oui, pas vu .....2 Non.....3  NSP.....9	1⇒Q.8
5. Si aucun certificat de naissance n'est montré demandez : EST-CE QUE LA NAISSANCE DE (nom) A ETE ENREGISTREE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	1⇒Q.8 9⇒Q.7
6. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE ?  <i>Encerclez les codes coorespondant aux réponses données.</i>	Coût trop élevé .....1 Eloignement centre enregistrement.....2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée....3 En retard et ne voulait pas payer amende ..4 Ne sait pas où l'enregistrer.....5 Autre _____ 6 (à préciser) NSP.....9	

7. SAVEZ-VOUS COMMENT ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	
8. Vérifiez l'âge. Si 3 ans ou plus, demandez : (Nom) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'EDUCATION FORMELLE POUR ENFANTS EN BAS AGE (TEL QU'UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE) ?	Oui .....1 Non.....2 Moins de 3 ans .....8  NSP.....9	2⇒ MODULE SUIVANT 8⇒ MODULE SUIVANT 9⇒ MODULE SUIVANT
9. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T- IL/ELLE ASSISTE ?	Nombre d'heures ..... _ _	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒**

N°. de grappe \_\_\_ N°. de ménage \_\_\_ N°. de ligne de la pers. en charge \_\_\_ N°. de ligne de l'enfant \_\_\_

MODULE II : VITAMINE A																																														
1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ?  <i>Montrez la capsule ou le flacon</i>	Oui.....1 Non.....2  NSP .....9	2⇒3AA  9⇒3AA																																												
2. DEPUIS COMBIEN DE MOIS (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois.....  NSP .....99																																													
3. D'OU (nom) A-T-IL/ELLE OBTENU CETTE DERNIERE DOSE ?	Visite de routine au centre de santé .....1 Visite d'enfant malade au centre de santé ..2 Journées Nationales de Vaccination.....3  Autre .....6 <i>(à préciser)</i> NSP .....9																																													
3AA - AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU DES MESSAGES FAISANT LA PROMOTION DE CERTAINS ALIMENTS CONTENANT LA VITAMINE A POUR EVITER LA MAUVAISE VUE ET LA CECITE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒3CC																																												
3BB – QUELS ALIMENTS CONTENANT LA VITAMINE A CONNAISSEZ-VOUS ?  <i>(Ne suggérez pas de réponse à l'enquête)</i>  <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Feuilles vertes.....01 Carottes .....02 Mangues .....03 Papaye.....04 Melons, pastèques.....05 Lait Maternel.....06 Oeuf.....07 Viande.....08 Poisson.....09 Huile de palme.....10 Autre .....66 <i>(à préciser)</i>																																													
3CC- AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, (nom) A-T-IL MANGE UN DES ALIMENTS SUIVANTS ?  <i>Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i>																																														
1 - FEUILLES VERTES 2 - CAROTTES 3 - MANGUES 4 - PAPAYE 5 - MELONS, PASTÈQUES 6 - LAIT MATERNEL 7 - ŒUF 8 - VIANDE 9 - POISSON 10 - HUILE DE PALME	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - Feuilles vertes</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>2 - Carottes</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>3 - Mangues</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>4 - Papaye</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>5 - Melons, pastèques</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>6 - Lait maternel</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>7 - œuf</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>8 - Viande</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>9 - Poisson</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>10 - Huile de palme</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	1 - Feuilles vertes	1	2	9	2 - Carottes	1	2	9	3 - Mangues	1	2	9	4 - Papaye	1	2	9	5 - Melons, pastèques	1	2	9	6 - Lait maternel	1	2	9	7 - œuf	1	2	9	8 - Viande	1	2	9	9 - Poisson	1	2	9	10 - Huile de palme	1	2	9	
	OUI	NON	NSP																																											
1 - Feuilles vertes	1	2	9																																											
2 - Carottes	1	2	9																																											
3 - Mangues	1	2	9																																											
4 - Papaye	1	2	9																																											
5 - Melons, pastèques	1	2	9																																											
6 - Lait maternel	1	2	9																																											
7 - œuf	1	2	9																																											
8 - Viande	1	2	9																																											
9 - Poisson	1	2	9																																											
10 - Huile de palme	1	2	9																																											

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

<b>MODULE IV : TRAITEMENT DES MALADIES</b>																																																						
<p>1. (Nom) A-T-IL/ELLE EU LA DIARRHÉE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée par la mère ou la personne en charge, ou elle est définie comme trois selles liquides ou plus par jour ou par la présence de sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....9</p>	<p>1⇒Q.3</p>																																																				
<p>2. COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (NOM) AVAIT-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE AUTRE MALADIE TELS QUE LA TOUX, LA FIEVRE OU D'UN AUTRE PROBLEME DE SANTE ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....9</p>	<p>1⇒Q.4</p> <p>2⇒Q.11</p> <p>9⇒Q.11</p>																																																				
<p>3. AU COURS DE CE DERNIER EPISODE DE DIARRHÉE, (nom) A-T-IL/ELLE BU UNE DES CHOSES SUIVANTES :</p> <p><i>Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i></p> <p>3A - LAIT MATERNEL            3B - BOUILLIE DE CÉRÉALES            3C – JUS DE PAIN DE SINGE            3D - SOLUTION SALÉE SUCRÉE            3E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE, NEP NEP, MBAL            3F – LAIT CAILLÉE, YAOURT            3G - SRO            3H - EAU SIMPLE            3I – AUTRE            3J. RIEN</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A - LAIT MATERNEL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>B - BOUILLIE DE CÉRÉALES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>C - JUS DE PAIN DE SINGE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>D - SOLUTION SALÉE SUCRÉE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE, NEP NEP, MBAL</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F - LAIT CAILLÉE, YAOURT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>G - SRO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>H - EAU SIMPLE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>I - AUTRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> <tr> <td>J – RIEN</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">9</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	A - LAIT MATERNEL	1	2	9	B - BOUILLIE DE CÉRÉALES	1	2	9	C - JUS DE PAIN DE SINGE	1	2	9	D - SOLUTION SALÉE SUCRÉE	1	2		9				E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE, NEP NEP, MBAL	1	2		9				F - LAIT CAILLÉE, YAOURT	1	2	9	G - SRO	1	2	9	H - EAU SIMPLE	1	2	9	I - AUTRE	1	2	9	J – RIEN	1	2	9	<p>J=1 ⇒Q.5</p>
	OUI	NON	NSP																																																			
A - LAIT MATERNEL	1	2	9																																																			
B - BOUILLIE DE CÉRÉALES	1	2	9																																																			
C - JUS DE PAIN DE SINGE	1	2	9																																																			
D - SOLUTION SALÉE SUCRÉE	1	2																																																				
9																																																						
E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE, NEP NEP, MBAL	1	2																																																				
9																																																						
F - LAIT CAILLÉE, YAOURT	1	2	9																																																			
G - SRO	1	2	9																																																			
H - EAU SIMPLE	1	2	9																																																			
I - AUTRE	1	2	9																																																			
J – RIEN	1	2	9																																																			
<p>4. AU COURS DE LA MALADIE DE (nom), A-T-IL/ELLE BU BEAUCOUP MOINS, A PEU PRES LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Pas du tout .....1</p> <p>Beaucoup moins que d'habitude .....2</p> <p>Un petit peu moins que d'habitude .....3</p> <p>A peu près la même quantité .....4</p> <p>Plus que d'habitude .....5</p> <p>NSP.....9</p>																																																					
<p>5. AU COURS DE LA MALADIE DE (nom), A-T-IL/ELLE MANGE MOINS, A PEU PRES LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insistez :            BEAUCOUP MOINS OU UN PETIT PEU MOINS QUE D'HABITUDE ?</i></p>	<p>Pas du tout .....1</p> <p>Beaucoup moins que d'habitude .....2</p> <p>Un petit peu moins que d'habitude .....3</p> <p>A peu près la même quantité .....4</p> <p>Plus que d'habitude .....5</p> <p>NSP.....9</p>																																																					
<p>6. (Nom) A-T-IL/ELLE EU UNE MALADIE AVEC LA TOUX A UN MOMENT QUELCONQUE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....9</p>	<p>2⇒Q.11</p> <p>9⇒Q.11</p>																																																				

<p>7. QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE DE LA TOUX, RESPIRAIT-IL/ELLE PLUS RAPIDEMENT QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL/ELLE DES DIFFICULTES A RESPIRER ?</p>	<p>Oui ..... 1  Non ..... 2  NSP ..... 9</p>	<p>2⇒Q.11  9⇒Q.11</p>
<p>8. LES SYMPTOMES ETAIENT-ILS DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE OU A UN NEZ BOUCHE ?</p>	<p>Nez bouché ..... 1  Problème dans la poitrine ..... 2  Les deux ..... 3  Autre ..... 6  (<i>à préciser</i>)  NSP ..... 9</p>	<p>1⇒Q.11  6⇒Q.11</p>
<p>9. AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT HORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui ..... 1  Non ..... 2  NSP ..... 9</p>	<p>2⇒Q.11  9⇒Q.11</p>
<p>10. OU AVEZ-VOUS DEMANDE LES SOINS ?  QUELQUE PART AILLEURS ?  <i>Encerclez tous les endroits cités,  Mais N'insistez PAS.</i></p>	<p>Hôpital..... 01  Centre de santé..... 02  Dispensaire/Poste de Santé ..... 03  Case de santé ..... 04  Âgent de santé du village ..... 05  Clinique SMI..... 06  Clinique mobile..... 07  Médecin privé ..... 08  Pharmacie ou vendeur de médicaments.. 09  Automédication..... 10  Guérisseur traditionnel..... 11  Parent ou ami ..... 12  Autre ..... 66  (<i>à préciser</i>)</p>	
<p><i>Posez cette question (Q.11) seulement une fois pour chaque personne qui a la charge d'un enfant.</i></p> <p>11. PARFOIS LES ENFANTS ONT DES MALADIES SEVERES ET IL FAUT LES CONDUIRE TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE. POUR QUELS SYMPTOMES EMMENERIEZ-VOUS VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT DE SANTE IMMEDIATEMENT ?</p> <p><i>Continuez à demander les signes/symptômes jusqu'à ce que l'enquête ne puisse pas s'en rappeler d'autres, mais NE lui faites PAS de suggestions.</i></p>	<p>Enfant ne peut pas boire ou téter..... 01  Enfant devient plus malade..... 02  Enfant développe une fièvre ..... 03  Enfant a une respiration rapide ..... 04  Enfant a des difficultés à respirer ..... 05  Enfant a du sang dans les selles ..... 06  Enfant boit difficilement..... 07  Autre ..... 66  (<i>à préciser</i>)  Autre ..... 67  (<i>à préciser</i>)  Autre ..... 68  (<i>à préciser</i>)</p>	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒**

N°. de grappe \_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_ N°. de ligne de la pers. en charge \_\_\_\_ N°. de ligne de l'enfant \_\_\_\_

MODULE V : PALUDISME		
1. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST A DIRE DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE, ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE FIEVRE ?	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	2⇒Q.8  9⇒Q.8
2. ( <i>Nom</i> ) A-T-IL/ELLE ETE CONSULTE/E DANS UNE STRUCTURE SANITAIRE POUR CETTE MALADIE?	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	2⇒Q.6  9⇒Q.6
3. ( <i>Nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI LUI A ETE PRESCRIT A LA STRUCTURE SANITAIRE?	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	2⇒Q.5  9⇒Q.5
4. QUEL MEDICAMENT ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS QUI LUI A ETE PRESCRIT A LA STRUCTURE SANITAIRE ?  <i>Encerclez tous les médicaments cités.</i>	Paracétamol/Aspirine.....1 Chloroquine/Nivaquine.....2 Fansidar .....3 Quinimax/Palujet.....4 Autre .....6 <i>(à préciser)</i> NSP.....9	
5. A-T-ON DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT DE LE CONDUIRE A LA STRUCTURE SANITAIRE?	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	1⇒Q.7  2⇒Q.8  9⇒Q.8
6. A-T-ON DONNE A ( <i>nom</i> ) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui .....1 Non.....2  NSP.....9	2⇒Q.8  9⇒Q.8
7. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A ( <i>nom</i> )?  <i>Encerclez tous les médicaments donnés avant de visiter l'établissement de santé ou s'il n'y a pas eu de visite à un établissement de santé.</i>	Paracétamol/ Aspirine.....1 Chloroquine/Nivaquine.....2 Fansidar .....3 Quinimax/Palujet.....4 Autre .....6 <i>(à préciser)</i> NSP.....9	
8. ( <i>Nom</i> ) A-T-IL/ELLE DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q10AA 9⇒Q10AA

<p>9. CETTE MOUSTIQUAIRE ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN PRODUIT ANTI-MOUSTIQUE ?</p>	<p>Oui.....1  Non.....2    NSP .....9</p>	<p>2⇒  MODULE SUIVANT  9⇒  MODULE SUIVANT</p>
<p>10. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LA MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ETE TRAITEE LA DERNIERE FOIS ?</p>	<p>Nombres de mois.....__ __  NSP .....99</p>	<p>⇒MODULE SUIVANT  ⇒MODULE SUIVANT</p>
<p>10AA. COMMENT L'ENFANT EST-IL PROTEGE CONTRE LES MOUSTIQUES ?</p>	<p>Pas protégé..... 1  Insecticide..... 2  Moustiquaire..... 3  Autre..... 6    <i>(à préciser)</i></p>	

**PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒**

N°. de grappe \_\_\_\_ N°. de ménage \_\_\_\_ N°. de ligne de la pers. en charge \_\_\_\_ N°. de ligne de l'enfant \_\_\_\_

<b>MODULE VII : ANTHROPOMETRIE</b>		
<p><i>Après avoir complété les questionnaires pour tous les enfants, l'opérateur pèse et mesure chaque enfant. Notez le poids et la taille couché ou la taille debout ci-dessous, en prenant soin d'enregistrer la mesure sur le bon questionnaire pour cet enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'enregistrer les mesures.</i></p>		
<p>1 Poids de l'enfant.</p>	<p>Kilogrammes (kg)..... ____ ____ . ____</p>	
<p>2. Taille de l'enfant.</p> <p>Vérifiez l'âge de l'enfant :</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de moins de 2 ans. ⇨ prenez la taille (couché).</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 2 ans ou plus. ⇨ prenez la taille (debout).</p>	<p>Taille (couché) (cm) .....1 ____ ____ . ____</p> <p>Taille (debout) (cm).....2 ____ ____ . ____</p>	
<p>3. Code d'identification de l'opérateur.</p>	<p>Code de l'opérateur ..... ____ ____</p>	
<p>4. Résultat.</p>	<p>Mesuré .....1</p> <p>Absent .....2</p> <p>Refusé .....3</p> <p>Autre ..... 6</p> <p style="text-align: center;">(à préciser)</p>	
<p>5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui: ⇨ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non : ⇨ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants de leur coopération.</p> <p><i>Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrivez le nombre des questionnaires remplis sur la page de couverture.</i></p>		