



## QUESTIONNAIRE MÉNAGE

NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 40 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. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

PANNEAU D'IDENTIFICATION DU MÉNAGE HH				
VILLAGE/SECTEUR _____				
HH1. NUMÉRO DE GRAPPE .....				
HH2. NUMÉRO DE MÉNAGE .....				
HH2A. REGION _____				
HH2B. PROVINCE _____				
HH2C DÉPARTEMENT _____				
HH2D. COMMUNE _____				
MDH. HEURE DE DEBUT DE L'INTERVIEW : HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>				
HH3. NOM ET PRÉNOM DE L'ENQUÊTRICE _____ DATE _____			CODE ENQUÊT. <input type="text"/> <input type="text"/>	
HH4. NOM ET PRÉNOM DU CONTRÔLEUSE _____ DATE _____			CODE CONTRÔL. <input type="text"/> <input type="text"/>	
HH4A. NOM ET PRÉNOM DU CHEF D'ÉQUIPE _____ DATE _____			CODE CHEF ÉQUI <input type="text"/> <input type="text"/>	
HH5 VISITES D'ENQUÊTEURS/ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	
PROCHAINE VISITE DATE HEURE	_____ _____ _____	_____ _____ _____		NOMBRE DE VISITE <input type="text"/>
HH6. MILIEU DE RÉSIDENCE : OUAGADOUGOU = 1 AUTRE VILLE = 2 RURAL = 3				<input type="text"/>
HH7. RÉGION	CODES RÉGIONS :	01....Boucle du Mouhoun 02....Cascades 03....Centre 04....Centre-Sud 05....Centre-Est	06....Centre-Nord 07....Centre-Ouest 08....Est 09....Hauts-Bassins 10....Nord	11....Plateau-Central 12....Sahel 13....Sud-Ouest <input type="text"/> <input type="text"/>
HH8. NOM DU CHEF DE MÉNAGE : _____				
Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplissez les informations suivantes :				

<b>HH9. RÉSULTAT* DE L'INTERVIEW DU MÉNAGE :</b> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <b>*CODES RÉSULTATS</b> Rempli ..... 1 Pas à la maison ..... 2 Refusé ..... 3 Logement non trouvé/détruit ..... 4 Autre (précisez) ..... 6	<b>HH11. Nombre total dans le ménage:</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <b>HH12. Nombre de femmes éligibles</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <b>HH13. Nombre de questionnaires femme remplis</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <b>HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <b>HH15. Nombre de questionnaires enfants de moins de 5 ans remplis</b> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
<b>HH10. NOM ET PRÉNOM DU RÉPONDANT AU QUESTIONNAIRE</b> MÉNAGE : _____ No de ligne : <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	
<b>LANGUE DE L'INTERVIEW</b> _____ CODES LANGUES : Français=1, Mooré=2, Dioula=3, Fulfuldé/Peul =4, Autre=5.	
<b>RECOURS A UN(E) INTERPRÊTE (OUI=1, NON=2).....</b>	
<b>HH16. SAISIE PAR :</b> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>	<b>HH16A. CONTRÔLE BUREAU :</b> _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>

# FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE HL

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

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

Ensuite poser: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT À LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS À 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 16 membres dans le ménage. Cocher ici ☐ si une autre feuille est utilisée

N° DE LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS	13SITUATION DE RESIDENCE	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	ÂGE	ÉLIGIBILITÉ:				SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES POUR LES ENFANTS AGÉS DE 0-17 ANS					
						FEMMES DE 15-49 ANS	MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT	ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	Si âgé de 18-59 ans	MÈRE BIOLOGIQUE			PÈRE BIOLOGIQUE		
		1. RP 2. RA 3. VI	QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ DE (nom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE?*	(Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ ?  1 MASCULIN. 2 FÉMININ.	QUEL ÂGE A (nom)? QUEL ÂGE AVAIT (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer en années révolues 98=NSP**	Encercl ez le numéro de ligne de toutes les femmes âgées de 15-49	Pour chaque enfant âgé de 2-14 ans : QUI EST LA MÈRE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/gardien	Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MÈRE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/gardien	(Nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	Si en vie : EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?  Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'non' (ne réside pas dans le ménage)	Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MÈRE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	Si en vie : EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?  Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour 'non' (ne réside pas dans le ménage)	Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PÈRE DE (nom) A-T-IL ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  1 OUI 2 NON 8 NSP
HL1	HL2	HL2A	HL3	HL4	HL5	HL6	HL7A	HL8	HL8A	HL9	HL10	HL10A	HL11	HL12	HL12A
01			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
02			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
03			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
04			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
05			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
06			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	06	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
07			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	07	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
08			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	08	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8

<sup>13</sup> HL2A (SITUATION DE RESIDENCE) : RP=RESIDENT PRESENT

RA=RESIDENT ABSENT

VI=VISITEUR

		1. RP 2. RA 3. VI	QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ DE (nom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE?*	(Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ ?  1 MASCULIN. 2 FÉMININ.	QUEL ÂGE A (nom)? QUEL ÂGE AVAIT (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?  Enregistrer en années révolues  98=NSP**	Encerlez le numéro de ligne de toutes les femmes âgées de 15-49	Pour chaque enfant âgé de 2-14 ans : QUI EST LA MÈRE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardien	Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MÈRE OU LE PRINCIPAL GARDIEN DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/gardien	(Nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	Si en vie : EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?  Enregistrez le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'non' (ne réside pas dans le ménage)	Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MÈRE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?  1 OUI 2 NON 8 NSP	EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE?  1 OUI 2 NON 8 NSP	Si en vie : EST-CE QUE LE PÈRE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MÉNAGE?  Enregistrez le no. de ligne du père ou 00 pour 'non' (ne réside pas dans le ménage)	Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PÈRE DE (nom) A-T-IL ÉTÉ TRÈS MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?  1 OUI 2 NON 8 NSP
HL1	HL2	HL2A	HL3	HL4	HL5	HL6	HL7A	HL8	HL8A	HL9	HL10	HL10A	HL11	HL12	HL12A
09			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	09	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
10			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
11			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
12			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
13			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	13	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
14			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
15			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8
16			<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>	16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8		<input type="text"/>	1 2 8

Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MÊME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MÉNAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU À L'ÉCOLE? Si oui, cochez dans la case ci dessous et enregistrez le nom de (des) l'enfant (enfants) en complétant la feuille de ménage (si nécessaire continuer sur un autre questionnaire ménage en prenant soin de remplir la partie identification de ce nouveau questionnaire.

Ensuite, complétez les totaux ci-dessous

OUI

NON

	Femmes 15-49 ans	Enfants 2-14 ans	Enfants moins de 5 ans	Très malade (=1)	Mères décédées (=2)		Mères très malades (=1)	Pères décédés (=2)		Pères très malades (=1)
Totaux	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

\*\* Voir instructions: À utiliser seulement dans les ménages où vivent des membres âgés (c'est à dire le code « ne sait pas/âgées de plus de 50 ans »).

Maintenant, pour chaque femme âgée de 15-49 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne et les autres informations d'identification du panneau d'information du Questionnaire Femme.  
Pour chaque enfant de moins de 5 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne ET le numéro de ligne de la mère ou le gardien dans la page d'identification du Questionnaire des Enfants de moins de 5 ans.  
Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de cinq ans dans le ménage.

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

01 = Chef de ménage  
02 = Femme ou Mari  
03 = Fils ou Fille

04 = Gendre ou Belle-fille  
05 = Petit-fils ou Petite fille  
06 = Parent (père ou mère)

07 = Beau-père ou Belle-mère  
08 = Frère ou Sœur  
09 = Beau-frère ou Belle-sœur

10 = Oncle/tante  
11 = Nièce/Neveu  
12 = Nièce/Neveu par mariage

13 = Autres parents  
14 = Enfant adopté/en garde/  
Enfant du conjoint

15 = Sans parenté  
98 = Ne sait pas

MODULE ÉDUCATION																
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus							Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans									
NO. DE LIGNE  <i>Inscrire le n° de ligne affecté à la personne à HL1</i>	Nom et Age		(Nom) A-T-IL/ ELLE FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ?  1 OUI passez à ED3 2 NON passez à la ligne suivante		QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE (nom) A ATTEINT?* QUELLE EST LA DERNIÈRE CLASSE QUE (nom) A ACHÉVÉE À CE NIVEAU ?*		AU COURS DE CETTE ANNÉE SCOLAIRE (2005-2006), (nom) A-T-IL/ELLE FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?		DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST-IL ALLÉ À L'ÉCOLE ?		AU COURS DE CETTE ANNÉE SCOLAIRE, À QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ÉTAIT (nom) ?		AU COURS DE L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE (2004-2005 (nom) AVAIT-T-IL/ELLE FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE À UN CERTAIN MOMENT ?		DURANT L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE, À QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ÉTAIT (nom) ?	
ED1	ED1A		ED2		ED3		ED4		ED5	ED6		ED7			ED8	
	NOM ET PRÉNOMS	ÂGE	OUI	NON	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	OUI	NON	NSP	NIVEAU	CLASSE
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	
			1	2	0 1 2 3 4 8		1	2	ALLER À ED7		0 1 2 3 4 8		1	2	0 1 2 3 4 8	

  

*CODES POUR ED3, ED6 ET ED8											
NIVEAU	0 = MATERNELLE	1 = PRIMAIRE		2= SECONDAIRE 1 <sup>ER</sup> cycle		3= SECONDAIRE 2 <sup>nd</sup> cycle		4= SUPÉRIEUR		Tous les niveaux confondus	8 = NE SAIT PAS
CLASSE	Petite section = 01 Moyenne section = 02 Grande section = 03	CP1 = 01 CP2 = 02 CE1 = 03 CE2 = 04	CM1 = 05 CM2 = 06 NE SAIT PAS = 08	6ème = 01 5ème = 02 4ème = 03	3ème = 04 FPP = 05 NSP = 08	2nde = 01 1ère = 02 Terminale = 03	FPB = 04 NSP = 08	1 <sup>o</sup> année = 01 2 <sup>o</sup> année = 02 3 <sup>o</sup> année = 03	4 <sup>o</sup> année = 04 5 <sup>o</sup> année ou plus = 05 NSP = 08	MOINS D'1 AN ACHÉVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT = 00	LAISSER LES CASES EN BLANC

MODULE SUR L'EAU ET L'ASSAINISSEMENT WS		
QUESTIONS	MODALITÉS	ALLER À
<b>WS1.</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ?	Eau du robinet Dans le logement..... 11 Dans la cour/parcelle ..... 12 Robinet public/borne fontaine ..... 13 Puits à pompe/forage PMH ..... 21 Puits creusé Puits protégé..... 31 Puits non protégé..... 32 Eau de source Source protégée ..... 41 Source non protégée ..... 42 Eau de pluie..... 51 Camion-citerne ..... 61 Charrette avec petite citerne/tonneau ..... 71 Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)..... 81 <b>Eau en bouteille/sachet..... 91</b> Autre (à préciser) ..... 96	→ WS5 → WS5 → WS3 → WS3
<b>WS2.</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE SOURCE D'EAU QU'UTILISE VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME POUR CUISINER ET VOUS LAVER LES MAINS ?	Eau du robinet Dans le logement..... 11 Dans la cour/parcelle ..... 12 Robinet public/borne fontaine ..... 13 Puits à pompe/ forage PMH..... 21 Puits creusé Puits protégé..... 31 Puits non protégé..... 32 Eau de source Source protégée ..... 41 Source non protégée ..... 42 Eau de pluie..... 51 Camion-citerne ..... 61 Charrette avec petite citerne/tonneau ..... 71 Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, rigole d'irrigation)..... 81 Autre (à préciser) ..... 96	→ WS5 → WS5
<b>WS3.</b> COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Eau sur place..... 995 NSP ..... 998	→ WS5
<b>WS4.</b> QUI SE REND HABITUELLEMENT À LA SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR ALLER CHERCHER DE L'EAU? <i>Insister :</i> CETTE PERSONNE EST-ELLE ÂGÉE DE MOINS DE 15 ANS ? EST-ELLE DE SEXE MASCULIN OU FÉMININ? <i>Encercler le code qui décrit le mieux cette personne</i>	Une femme adulte ..... 1 Un homme adulte ..... 2 Une jeune fille (moins de 15 ans) ..... 3 Un jeune garçon (moins de 15 ans) ..... 4 NSP ..... 8	
<b>WS5.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS PROPRE AVANT DE LA BOIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	→ WS7
<b>WS6.</b> HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE PLUS SALUBRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ ? <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i>	La faire bouillir ..... A Y ajouter eau de javel/chlore ..... B La filtrer à travers un linge ..... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) .... D Désinfection solaire ..... E Laisser reposer ..... F	

	Autre (à préciser) ..... X NSP ..... Z	
<b>WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE UTILISENT-ILS?</b>  <i>Si « Chasse d'eau » ou « chasse manuelle », Insister: PAR OU PASSENT LES EAUX USÉES?</i>  <i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau / chasse manuelle Chasse branchée à fosse septique ..... 12 Chasse branchée à latrines ..... 13  Latrines améliorées auto aérées (LAA)/Latrines ventilées ..... 21 Latrines couvertes ..... 22 Latrines à fosse / trou ouvert/latrines simples ..... 23  Pas de toilettes ou brousse ou champ ..... 95  Autre (à préciser) ..... 96	        → MODULE SUIVANT
<b>WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MÉNAGES ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ MODULE SUIVANT
<b>WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MÉNAGES UTILISENT CES TOILETTES ?</b>	Nombre de ménages (si moins de 10) <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; text-align: center;"></div> Dix ménages ou plus ..... 10 NSP ..... 98	



MODULE SUR LES CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE HC		
QUESTIONS	MODALITÉS	ALLER À
<b>HC1A.</b> QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MÉNAGE ?	Catholique .....1 Protestante .....2 Musulmane .....3 Traditionnelle/animiste .....4 Autre (à préciser) ..... 6	
<b>HC1B.</b> QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE/LANGUE NATALE DU CHEF DE MÉNAGE ?	Bobo/bwaba/bawmou .....01 Dagara .....02 Dioula/Bambara .....03 Fulfuldé .....04 Gourmantchéma .....05 Gourounsi .....06 Lobiri/Birifor .....07 Mooré .....08 Sénoufo .....09 Touareg/Bella .....10 Autre langue (à préciser) ..... 96	
<b>HC1c.</b> QUELLE EST L'ETHNIE DU CHEF DE MÉNAGE ?	Bobo .....01 Dagari .....02 Dioula .....03 Fulfuldé/peulh .....04 Gourmantché .....05 Gourounsi .....06 Lobi/Birifor .....07 Mossi .....08 Sénoufo .....09 Touareg/Bella .....10 Autre groupe ethnique (à préciser) ..... 96	
<b>HC2.</b> DANS CE MÉNAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>HC3.</b> PRINCIPAL MATERIAU DU SOL  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable .....11 Bouse .....12 Matériau rudimentaire Planche en bois .....21 Palmes/bambou .....22 Matériau fini Parquet ou bois ciré .....31 Vinyle ou asphalte .....32 Carrelage .....33 Ciment .....34 Moquette .....35 Autre (à préciser) ..... 96	
<b>HC4.</b> PRINCIPAL MATERIAU DU TOIT.  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de toit .....11 Chaume/Herbe .....12 Matériau rudimentaire Terre battue .....21 Palmes/bambou .....22 Matériau fini Métal (tôles) .....31 Bois .....32 Zinc/Fibre de ciment .....33 Tuiles .....34 Ciment .....35	

	Shingles .....36	
	Autre (à préciser) ..... 96	

<b>HC5. PRINCIPAL MATERIAU DES MURS.</b>  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de murs..... 11 Motte de terre..... 13 Brique en banco..... 14 Paille ..... 15 Matériau rudimentaire Pierre avec boue ..... 21 Contre-plaqué ..... 22 Carton ..... 23 Brique en banco avec boue ..... 24 Brique en banco avec ciment ..... 25 Matériau fini Ciment (briques en ciment avec ciment) ..... 31 Pierre avec chaux/ciment..... 32 Briques (parpaing pierre taillée, briques cuites) .... 33 Blocs de ciment..... 34 Autre (à préciser) ..... 96																						
<b>HC6. DANS VOTRE MÉNAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?</b>	Électricité ..... 01 Gaz propane liquéfié (GPL) (Gaz bouteille)..... 02 Gaz naturel ..... 03 Bio-gaz..... 04 Kérosène ..... 05 Charbon / Lignite ..... 06 Charbon de bois ..... 07 Bois..... 08 Paille/branchages/herbes ..... 09 Bouse. .... 10 Résidus agricoles ..... 11 Pétrole ..... 12 Autre (à préciser) ..... 96	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">→ HC8</div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 20px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 10px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">→ HC8</div> </div>																					
<b>HC7. DANS VOTRE MÉNAGE, EST-CE QUE VOUS CUISINEZ SUR UN FEU À CIEL OUVERT (3 PIERRES), UN FOYER/FOUR OUVERT (FOURNEAU ORDINNAIRE) OU UN FOYER/FOUR FERMÉ (AMÉLIORÉ) ?</b>  <i>Insister sur le type.</i>	Feu à ciel ouvert ..... 1 Foyer/Four ouvert ..... 2 Foyer/Four fermé ..... 3 Autre (à préciser) ..... 6	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="margin-left: 10px;">→ HC8</div> </div>																					
<b>HC7A. EST-CE QUE LE FEU/ FOUR A UNE CHEMINÉE OU UNE HOTTE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2																						
<b>HC8. EST-CE QUE LA CUISINE EST GÉNÉRALEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SÉPARE OU A L'EXTÉRIEUR ?</b>	Dans la maison..... 1 Dans un autre bâtiment ..... 2 À l'extérieur..... 3 Autre (à préciser) ..... 6																						
<b>HC9. DANS VOTRE MÉNAGE, AVEZ-VOUS :</b> L'ÉLECTRICITÉ ? LA RADIO ? LA TÉLÉVISION ? UN TÉLÉPHONE MOBILE ? UN TÉLÉPHONE NON-MOBILE ? UN RÉFRIGÉRATEUR ?	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Oui</th><th style="text-align: center;">Non</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Électricité .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Radio .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Télévision.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Téléphone mobile .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Téléphone non-mobile (fixe) .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Réfrigérateur.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Électricité .....	1	2	Radio .....	1	2	Télévision.....	1	2	Téléphone mobile .....	1	2	Téléphone non-mobile (fixe) .....	1	2	Réfrigérateur.....	1	2	
	Oui	Non																					
Électricité .....	1	2																					
Radio .....	1	2																					
Télévision.....	1	2																					
Téléphone mobile .....	1	2																					
Téléphone non-mobile (fixe) .....	1	2																					
Réfrigérateur.....	1	2																					
<b>HC10. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE POSSÈDE :</b> UNE MONTRE ? UNE BICYCLETTE? UNE MOTOCYCLETTE OU UNE SCOOTER ? UNE CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL?	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">Oui</th><th style="text-align: center;">Non</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Montre.....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Bicyclette .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> <tr> <td>Motocyclette/Scooter .....</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td></tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Montre.....	1	2	Bicyclette .....	1	2	Motocyclette/Scooter .....	1	2										
	Oui	Non																					
Montre.....	1	2																					
Bicyclette .....	1	2																					
Motocyclette/Scooter .....	1	2																					

UNE VOITURE OU UN CAMION?	Charrette avec animal..... 1      2 Voiture/Camion ..... 1      2	
<b>HC11.</b> EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ÊTRE CULTIVÉE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 →	HC13

<b>HC12.</b> COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MÉNAGE POSSEDENT-ILS ? Si plus de 97, enregistrer '97'. Si inconnu, enregistrer '98'.	Hectares ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>HC12A.</b> LES RECOLTES ISSUES DE CES TERRES SONT-ELLES SUFFISANTES POUR LES BESOINS ANNUELS DE VOTRE MENAGE ?	OUI.....1 NON.....2 RECOLTES NON CONSOMMEES PAR MENAGE.....3 NSP.....8	→ HC13 → HC13 → HC13
<b>HC12B.</b> QUEL EST LE NOMBRE DE MOIS POUVANT ETRE COUVERT PAR LES RECOLTES ?	NOMBRE DE MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	
<b>HC13.</b> EST - CE- QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ HC15A
<b>HC14.</b> LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN, VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?  VACHES "LAITIÈRES" OU TAUREAUX ?  CHEVAUX ?  ANES OU MULES ?  CHÈVRES ?  MOUTONS ?  PORCS /COCHONS  POULETS ?  PINTADES ?  Si aucun, enregistrer '00'. Si plus de 97, enregistrer '97'. Si inconnu, enregistrer '98'.	Vaches "laitières" ou taureaux..... <input type="text"/> <input type="text"/> Chevaux,..... <input type="text"/> <input type="text"/> Ânes ou mules, ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Chèvres ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Moutons ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Porcs/cochons ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Poulets..... <input type="text"/> <input type="text"/> Pintades ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Autres ( à préciser)..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>HC15A.</b> EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MÉNAGE EST PROPRIÉTAIRE DE CETTE HABITATION OU BIEN VOUS ÊTES LOCATAIRE?	Propriétaire ..... 1 Locataire ..... 2 Location gratuite/ occupant illégal /autre ..... 3	→ HC15D
<b>HC15B.</b> EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MÉNAGE A UN TITRE/ACTE DE PROPRIÉTÉ POUR CETTE HABITATION?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ HC15F
<b>HC15c.</b> QUEL TYPE DE DOCUMENT POSSEDEZ VOUS POUR LA PROPRIÉTÉ DE CETTE HABITATION?  AUTRE CHOSE?  Encerchez tous les codes mentionnés.	Permis Urbain d'Habiter (PUH) .....A Certification d'impôt foncier .....B Facture électricité/eau/téléphone etc..... C Attestation d'attribution .....E Autres ( à préciser) .....X Aucun/Pas de document .....Y	→ HC15F
<b>HC15d.</b> EST -CE QUE VOUS AVEZ UN CONTRAT ÉCRIT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ HC15F
<b>HC15E.</b> AVEZ VOUS N'IMPORTE QUEL DOCUMENT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?  Si oui, QUEL TYPE DE DOCUMENT OU D'AGRÈMENT AVEZ VOUS POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?  AUTRES CHOSES?  Encerchez tous les codes mentionnés	Agrément informel (par écrit) .....A Oral agrément (non-document) .....B Occupation gratuite Avec accord du propriétaire..... C Sans accord du propriétaire..... D Autres ( à préciser).....X Aucun document /Non .....Y	
<b>HC15F.</b> ÊTES-VOUS À L'ABRI D'ÉVENTUELLE EXPULSION	Oui ..... 1	

DE CETTE HABITATION?	Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HC15g.</b> AVEZ-VOUS ÉTÉ EXPULSÉ DE VOTRE MAISON À UN MOMENT QUELCONQUE DURANT LES 5 DERNIÈRES ANNÉES?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>HC15h.</b> HABITATION SITUÉE DANS OU PRÈS DE:  Observez et encerclez tous les codes qui décrivent l'endroit habité.	Région d'éboulement.....A Région prédisposée a l'inondation .....B Bord de rivière ..... C Colline raide..... D Montagne/tas d'ordures.....E Région de pollution industrielle.....F Chemin de fer ..... G Centrale électrique ..... H "Pont aérien" ..... I Aucun des codes ci-dessus .....Y	
<b>HC15i.</b> CONDITION DE L'HABITATION:  Enregistrer l'observation.  Notez tous les codes qui s'appliquent.	Craquements/ouverture dans les murs .....A Pas de fenêtres .....B Fenêtre avec vitres cassés/pas de vitres ..... C Trous visibles dans le toit ..... D Toit incomplet .....E Porte peu solide.....F Aucun des codes ci-dessus .....Y	
<b>HC15j.</b> ENVIRONNEMENT DE L'HABITATION:  Enregistrez l'observation.  Enregistrez tous les codes qui s'appliquent	Passage très étroit entre les maisons au lieu de route .....A Trop de câbles électriques connectant le voisinage et le poste d'alimentation.....B Aucun des codes ci-dessus .....Y	

MODULE SUR LES MOUSTIQUAIRES TRAITÉES AUX INSECTICIDES (ITN) TN					
<b>TN1.</b> DANS VOTRE MÉNAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ÊTRE UTILISÉES POUR DORMIR?		Oui ..... 1 Non ..... 2		→ MODULE SUIVANT	
<b>TN2.</b> COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES AVEZ-VOUS DANS VOTRE MÉNAGE ?  <i>Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.</i>		Nombre de moustiquaires..... <input type="text"/>			
<b>TN3.</b> EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE (EST-CE QUE N'IMPORTE LAQUELLE DES MOUSTIQUAIRES) FAIT PARTIE DES MARQUES SUIVANTES :  <i>Lire le nom de chaque marque, montrer l'image sur la carte, et encrer les codes Oui ou Non pour chaque marque. Si possible, demander à l'enquêtée de vous montrer la moustiquaire pour vérifier la marque.</i>  MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : TN3L1. <i>Permanet?</i> TN3L2. <i>Olyset?</i> TN3L3. <i>Séréna?</i>  AUTRES MOUSTIQUAIRES : TN3O1. <i>Moustiquaires à re-imprégner ?</i> TN3O2. <i>Moustiquaires ordinaires ?</i> TN3O3. <i>Une autre Marque quelconque de moustiquaire ?</i>  TN3O4. <i>Marque inconnue de moustiquaire ?</i>		<div style="text-align: right;">O   N   NSP</div> Moustiquaires permanentes : PERMANET/ SÉRÉNA .....1   2   8 OLYSET .....1   2   8  Autres moustiquaires : Moustiquaires à re-imprégner .....1   2   8 Moustiquaires ordinaires .....1   2   8 Autre marque .....1   2   8 (à préciser) Marque inconnue .....1   2   8			
<b>TN3A.</b> OÙ AVEZ-VOUS REÇU (EU) LA MOUSTIQUAIRE ?		Secteur médical public Hôpital.....11 Centre Médical.....12 CSPS .....13 Dispensaire/Maternité seul(e) .....14 Dépôt pharmaceutique communautaire .....15 Autre public .....16 (à préciser)  Secteur médical privé Cabinet de médecin privé .....21 Clinique PF .....22 Pharmacie.....23 Cabinet infirmier .....24 Autre privé .....26 (à préciser)  Autre source Parent ou ami.....31 Boutique/marché .....32 Kiosque .....33 Bar/boîte de nuit .....34 Hôtel/chambre de passe .....35 Circuit commercial informel/Vendeur ambulant ....36 Autre .....96 (à préciser) NSP ..... 98			

<b>TN3b. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LA MOUSTIQUAIRE ?</b>	FCFA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Gratuit ..... 9996 NSP ..... 9998	
<b>TN4.</b> Vérifier TN3 pour la marque de moustiquaire(s). Revoir la liste en haut dans l'ordre jusqu'à ce qu'une case soit cochée, et suivre les instructions ci-après :  1. Moustiquaire permanente (PERMANET ou OLYSET ou SERENA) mentionnée <input type="checkbox"/> → Passer au Module Suivant 2. Moustiquaire à re-imprégner mentionnée <input type="checkbox"/> → Passer à TN6 3. Autre moustiquaire (autre marque quelconque, ou marque inconnue) mentionnée <input type="checkbox"/>		
<b>TN5.</b> QUAND VOUS AVEZ OBTENU LA (PLUS RÉCENTE) MOUSTIQUAIRE, ÉTAIT-ELLE TRAITÉE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ÉLOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre ..... 8	
<b>TN6.</b> DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE ?  <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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Plus de 24 mois ..... 95 NSP ..... 98	
<b>TN7.</b> DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), 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	<input type="checkbox"/> → MODULE SUIVANT
<b>TN8.</b> COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ÉCOULÉ DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Plus de 24 mois ..... 95 Pas sûre/NSP ..... 98	

## MODULE SUR LES ENFANTS VULNERABLES ET ORPHELINS

**OV1.** Vérifier HL5 : Y a-t-il un enfant de 0-17 ans ?

Non. ☐ → Passer au Module suivant

Oui

☐

**OV2.** JE VOUDRAIS QUE VOUS PENSIEZ AUX 12 DERNIERS MOIS. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MÉNAGE EST DÉCÉDÉ AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

→ OV5

**OV3.** DE CEUX QUI SONT DÉCÉDÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, Y A-T-IL DES PERSONNES DONT L'ÂGE SE SITUE ENTRE 18 ET 59 ANS ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

→ OV5

**OV4.** DE CEUX QUI SONT DÉCÉDÉS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET ÉTAIENT AGÉS DE 18 À 59 ANS, Y A-T-IL QUELQU'UN QUI ÉTAIT GRAVEMENT MALADE PENDANT AU MOINS TROIS MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVANT DE MOURIR ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

→ OV8

**OV5.** Retourner à la feuille d'enregistrement du Ménage et vérifier ce qui suit

**1<sup>ère</sup> condition : Vérifier les totaux de HL8A, HL9 et HL11.**

Au moins un adulte (18-59 ans) très malade au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois

☐

→ Passer à OV8

Au moins une mère ou un père décédé(e)

☐

→ Passer à OV8

PAS D'ADULTE MALADE AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS OU PAS DE MÈRE OU DE PÈRE DÉCÉDÉ

☐

→ VERIFIEZ LA 2<sup>ÈME</sup> CONDITION

**2<sup>ème</sup> condition : Vérifier les totaux de HL10A et HL12A**

Au moins une mère ou un père (ne vivant pas dans le ménage) malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois

☐

→ Passer à OV8

Pas de mère ou de père (ne vivant pas dans le ménage) Malade pendant au moins 3 mois au cours des derniers mois

☐

→ MODULE SUIVANT (DISCIPLINE DE L'ENFANT)



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

Cochez la case si un autre questionnaire a été utilisé pour ce module ☐

	1 <sup>ER</sup> ENFANT	2 <sup>EME</sup> ENFANT	3 <sup>EME</sup> ENFANT	4 <sup>EME</sup> ENFANT
Nom (de HL2)	_____	_____	_____	_____
Numéro de ligne (de HL1)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
Âge (de HL5)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
<b>OV9.</b> J'AIMERAIS VOUS POSER DES QUESTIONS À PROPOS DE N'IMPORTE QUEL TYPE D'AIDE OU DE SUPPORT ORGANISÉ QUE VOTRE MÉNAGE A PU RECEVOIR POUR (nom) ET POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYÉ. PAR AIDE OU SUPPORT ORGANISÉ, JE VEUX DIRE UNE AIDE OU DU SUPPORT FOURNI PAR QUELQU'UN QUI TRAVAILLE POUR UN PROGRAMME, QUE CE SOIT DU GOUVERNEMENT, DU SECTEUR PRIVÉ, RELIGIEUX, D'UN ORGANISME DE BIENFAISANCE OU D'UN PROGRAMME À BASE COMMUNAUTAIRE. IL FAUT SE RAPPELER QU'IL S'AGIT DE SOUTIEN POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYÉ.				
<b>OV10.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SUPPORT QUE VOTRE MÉNAGE A REÇU POUR (nom). AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MÉDICAL POUR (nom) COMME DES SOINS, DES FOURNITURES OU DES MÉDICAMENTS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8
<b>OV11.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT ÉMOTIONNEL OU PSYCHOLOGIQUE POUR ((nom)) COMME DE LA COMPAGNIE, DES CONSEILS D'UN CONSEILLER FORMÉ, OU DU SUPPORT SPIRITUEL ?	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV13	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV13	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV13	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV13
<b>OV12.</b> VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8
<b>OV13.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MATÉRIEL POUR (nom) COMME DES VÊTEMENTS, DE LA NOURRITURE OU UN SUPPORT FINANCIER?	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV15	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV15	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV15	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV15
<b>OV14.</b> VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8
<b>OV15.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT SOCIAL POUR (nom) COMME DE L'AIDE À LA MAISON, UNE FORMATION POUR DONNER DES SOINS OU UNE ASSISTANCE POUR DES DÉMARCHES ADMINISTRATIVES ?	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV17	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV17	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV17	OUI NON NSP 1 2 8 <input type="checkbox"/> → OV17
<b>OV16.</b> VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8
<b>OV17.</b> Vérifier OV8 : âge de l'enfant :	Âge 0-4ans <input type="checkbox"/> → Passer à Enfant suivant Âge 5-17 ans <input type="checkbox"/>	Âge 0-4ans <input type="checkbox"/> → Passer à Enfant suivant Âge 5-17 ans <input type="checkbox"/>	Âge 0-4ans <input type="checkbox"/> → Passer à Enfant suivant Âge 5-17 ans <input type="checkbox"/>	Âge 0-4ans <input type="checkbox"/> → Passer à Enfant suivant Âge 5-17 ans <input type="checkbox"/>
<b>OV18.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MÉNAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT POUR LA SCOLARITÉ DE (nom) COMME UNE BOURSE, UNE INSCRIPTION GRATUITE, DES LIVRES OU DES FOURNITURES ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8

## MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT

**CD0.** Vérifier HL5 : Y a-t-il un enfant de 2-14 ans ?

Non. ☐ → Passer au Module suivant

Oui

☐

**tableau 1: enfants ages de 2-14 ans ELIGIBLES pour les questions de discipline**

Revoir la liste des membres du ménage et enregistrer chaque enfant âgé de 2-14 ans dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (HL1). Ne pas inclure les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/gardien de chaque enfant. Puis enregistrer le nombre total des enfants âgés de 2-14 ans à la case réservée à (CD)7.

CD1. Rang No.	CD2. Ligne N° de HL1.	CD3. Nom de HL2.	CD4. Sexe de HL4.		CD5. Age de HL5.	CD6. Ligne de la mère/gardien de HL7A
RANG	LIGNE	NOM	M	F	AGE	MERE
01	___		1	2	___	___
02	___		1	2	___	___
03	___		1	2	___	___
04	___		1	2	___	___
05	___		1	2	___	___
06	___		1	2	___	___
07	___		1	2	___	___
08	___		1	2	___	___
CD7.	Total enfants ages de 2-14 ans					___

S'il n'y a qu'un enfant âgé de 2-14 ans dans le ménage sauter le tableau 2 et aller à la question CD11 pour administrer les questions du module discipline de l'enfant pour cet enfant.

**tableau 2: SÉlection alÉatoires pour les questions de discipline de l'enfant**

Utiliser ce tableau pour sélectionner un des enfants âgés de 2 à 14 ans, s'il y'a en plusieurs dans le ménage. Rechercher le dernier chiffre du numéro du ménage de la page de couverture. C'est le numéro de ligne dans le tableau ci-dessous où vous devez aller. Vérifier le nombre total des enfants éligibles (2-14 ans) à la question CD7 ci-dessus. C'est le numéro de la colonne dans le tableau ci-dessous où vous devez aller. Trouver la cellule où la rangée et la colonne se rencontrent et entourer le chiffre qui apparaît. C'est le rang de l'enfant pour lequel les questions doivent être posées. Enregistrer le rang à la question CD9 ci-dessus. Finalement, enregistrer le numéro et le nom de l'enfant sélectionné dans la case de la variable CD11. Puis, trouver le numéro de la mère/gardien de cet enfant et poser lui les questions à partir de CD12.

CD8. Dernier chiffre du numéro du questionnaire	NOMBRE TOTAL DES ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE							
	1	2	3	4	5	6	7	8+
0	1	2	2	4	3	6	5	4
1	1	1	3	1	4	1	6	5
2	1	2	1	2	5	2	7	6
3	1	1	2	3	1	3	1	7
4	1	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	1	3	5	3	1
6	1	2	2	2	4	6	4	2
7	1	1	3	3	5	1	5	3
8	1	2	1	4	1	2	6	4
9	1	1	2	1	2	3	7	5

**CD9.** Enregistrer le rang de l'enfant sélectionné à partir de la table N° 2 ci-dessus

Rang de l'enfant.....

## MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT CD

Identifier l'enfant éligible age de 2-14 dans le ménage en utilisant la table de la page précédente en respectant vos instructions. Demander à interroger la mère/gardien de l'enfant sélectionné (identifié par la ligne à la question CD6).

**CD11.** Ecrire le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné

Nom \_\_\_\_\_

pour le module à partir de CD3 et CD2, et sur le rang question CD9.		Numéro de ligne ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>CD12. TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR ENSEIGNER À LEUR ENFANTS LA FAÇON DE SE COMPORTER OU DE SE CONDUIRE CORRECTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE VARIÉTÉ DE MÉTHODES QUI SONT UTILISÉES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DITES SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MÉNAGE LES A UTILISÉ AVEC (nom) LE MOIS PASSÉ.</b>			
<b>CD12a.</b> RETIRER LES PRIVILÈGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (nom) AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12b.</b> EXPLIQUER AVEC QUELQUE CHOSE POURQUOI LA CONDUITE ÉTAIT MAUVAISE.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12c.</b> LE/LA SECOUER.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12d.</b> CRIER, HURLER SUR LUI.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12e.</b> LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRES À FAIRE.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12f.</b> CLAQUER, FRAPPER OU GIFLER AVEC LA MAIN NUE.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12g.</b> LE/LA FRAPPER SUR LE FRONT OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSSÉ À CHEVEUX, UNE BRANCHE OU D'AUTRES OBJETS DURS.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12h.</b> L'APPELER IDIOT, PARESSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12i.</b> LE/LA FRAPPER OU GIFLER SUR LE VISAGE, LA TÊTE OU LES OREILLES.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12j.</b> LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU SUR LA JAMBE.	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD12k.</b> LE/LA TAPER AVEC UN INSTRUMENT (encore et encore aussi dur que possible).	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 3		
<b>CD13.</b> PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (nom) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Ne sait pas/pas d'opinion ..... 8		

MODULE SEL IODÉ SI		
<b>SI1.</b> NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MÉNAGE EST IODÉ. PUIS-JE VOIR UN ÉCHANTILLON DE SEL UTILISÉ LA NUIT DERNIÈRE POUR PRÉPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MÉNAGE ?  <i>Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.</i>	Pas iodé 0 PPM ..... 1 Moins de 25 PPM ..... 2 15 PPM ou plus ..... 3  Pas de sel à la maison ..... 6 Sel pas testé ..... 7	
<b>SI2.</b> 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  Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage?  Oui. <input type="checkbox"/> → Passer au QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME Administrer tour à tour le questionnaire individuel femme aux femmes éligibles du ménage et passez à <b>SI3</b>  Non. <input type="checkbox"/> → Passer à <b>SI3</b>	<b>SI3.</b> 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.  Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?  Oui. <input type="checkbox"/> → Passer au QUESTIONNAIRE SUR LES ENANTS DE MOINS DE CINQ ANS  Administrer le questionnaire au gardien pour le premier enfant éligible, puis utiliser un autre questionnaire sur les enfants de moins de 5 ans pour passer à l'enfant éligible suivant.  Non <input type="checkbox"/> → <b>FIN DE L'INTERVIEW.</b> 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.	

<b>MFH. ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW</b>	HEURE MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table>				

## OBSERVATIONS

UTILISEZ CET ESPACE POUR ENREGISTRER TOUTES LES OBSERVATIONS QUI PEUVENT AIDER A LA COMPREHENSION DES INFORMATIONS SUR CE MENAGE ENQUETE (INFORMATION SUR LES FEUILLES DES INTERVIEWS INDIVIDUELLES INCOMPLETES, NOMBRE DE VISITES, ETC.).

OBSERVATIONS DE  
L'ENQUÊTRICE

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DE LA  
CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

DATE

OBSERVATIONS DU CHEF  
D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

DATE



## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME (15 – 49 ANS)

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.

PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME WM				
VILLAGE/SECTEUR _____				<input type="text"/>
RÉGION _____				<input type="text"/>
PROVINCE _____				<input type="text"/>
DÉPARTEMENT _____				<input type="text"/>
COMMUNE _____				<input type="text"/>
WM1. NUMÉRO DE GRAPPE .....				<input type="text"/>
WM1A. MILIEU DE RÉSIDENCE : OUAGADOUGOU= 1 AUTRE VILLE=2 RURAL = 3				<input type="text"/>
WM2. NUMÉRO DE MÉNAGE .....				<input type="text"/>
WM2A. NOM ET PRÉNOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
WM3. NOM ET PRÉNOM DE LA FEMME _____				
WM4. NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME .....				N° DE LIGN ; FEM. <input type="text"/>
FDH. HEURE DE DEBUT DE L'INTERVIEW	HEURE	<input type="text"/>	MINUTES	<input type="text"/>
WM5. NOM ET PRÉNOM DE L'ENQUÊTRICE _____				CODE ENQUÊT. <input type="text"/>
DATE _____				
WM5A. NOM ET PRÉNOM DE LA CONTRÔLEUSE _____				CODE CONTRÔL. <input type="text"/>
DATE _____				
WM5B. NOM ET PRÉNOM DU CHEF D'ÉQUIPE _____				CODE CHEF ÉQUI. <input type="text"/>
DATE _____				
WM 6 VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	JOUR <input type="text"/>
RÉSULTAT*	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOIS <input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANNÉE <input type="text"/>
PROCHAINE VISITE				NOMBRE DEVISITE
DATE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
HEURE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
WM 7. RÉSULTAT DE L'INTERVIEW DE LA FEMME : *CODES RÉSULTATS				
Rempli .....				1
Pas à la maison .....				2
Refusé .....				3
Rempli partiellement .....				4
Incapacité .....				5
Autre (à préciser) .....				6
LANGUE DE L'INTERVIEW _____				
CODES LANGUES : Français=1, Mooré=2, Dioula=3, Fulfulde/Peul=4, Autre=5.				<input type="text"/>

RECOURS A UN(E) INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2).....	<input type="checkbox"/>
CONTRÔLE BUREAU : .....	SAISIE PAR : .....

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

NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. D'AILLEURS, VOUS N'ÊTES PAS OBLIGÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE RÉPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRÊTER L'ENTRETIEN À TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?.

Si l'enquêtée vous donne la permission, commencez l'interview. Si la femme n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, compléter WM7 et passer à l'interview suivante. Discuter ce résultat avec votre contrôleur pour une autre visite.

<b>WM8.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ÊTES-VOUS NÉE ?	Date de naissance :  Jours..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP Jours.....98 Mois..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP mois .....98 Année ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP Année.....9998	
<b>WM9.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS À VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues) ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>WM10.</b> AVEZ-VOUS FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE ?	Oui.....1 Non.....2	→ WM14
<b>WM11.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR ?	Primaire.....1 Secondaire 1 <sup>er</sup> cycle.....2 Secondaire 2 <sup>nd</sup> cycle .....3 Supérieur.....4	
<b>WM12*.</b> QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVÉE À CE NIVEAU ?	Classe ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<b>WM13.</b> VERIFIER WM11:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>           Primaire <input type="checkbox"/> </div> <div>           Secondaire ou plus <input type="checkbox"/> → Passer au Module Suivant         </div> </div>		
<b>WM14.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS POUVEZ LIRE TOUTE UNE PHRASE OU UNE PARITE DE PHRASE EN FRANÇAIS OU DANS TOUTE AUTRE LANGUE !.	Ne peut pas lire du tout.....1 Peut lire certaines parties.....2 Peut lire toute la phrase .....3 Autre .....4 (à préciser) Aveugle/muet, problème de vue/audition.....5	

*CODES POUR WM 12								
NIVEAU	PRIMAIRE		SECONDAIRE 1 <sup>ER</sup> cycle		SECONDAIRE 2 <sup>ND</sup> cycle		SUPÉRIEUR	
CLASSE	MOINS D'1 AN DE CLASSE ACHÉVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT = 00							
	CP1 = 01	CM1 = 05	6ème = 01	3ème = 04	2nde = 01	FPB = 04	1° année = 01	4° année = 04
	CP2 = 02	CM2 = 06	5ème = 02	FPP = 05	1ère = 02	NSP = 08	2° année = 02	5° année ou
	CE1 = 03	NE SAIT	4ème = 03	NSP = 98	Terminale = 03		3° année = 03	plus = 05
	CE2 = 04	PAS = 98						NSP = 98

# **MODULE SUR LA MORTALITÉ DES ENFANTS**

*Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans.  
Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES.*

<p><b>CM1.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À DES ENFANTS?</p> <p><i>Si « Non » insistez en demandant : JE VEUX DIRE, AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN ENFANT QUI A RESPIRÉ OU CRIÉ OU A MONTRÉ D'AUTRES SIGNES DE VIE – MÊME S'IL N'A SURVÉCU QUE QUELQUES MINUTES OU HEURES ?</i></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 →</p>	<p>MODULE UNION/ MARIAGE</p>
<p><b>CM2A.</b> QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?</p> <p>JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MÊME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI L'ENFANT A UN PÈRE AUTRE QUE VOTRE PARTENAIRE ACTUEL.</p> <p><i>Passer à CM3 seulement si l'année de naissance du premier enfant est connue. Autrement, continuer avec CM2B.</i></p>	<p>Date de la première naissance</p> <p>Jour ..... 98</p> <p>Mois ..... 98</p> <p>NSP mois ..... 98</p> <p>Année ..... 9998 → CM3</p> <p>NSP Année ..... 9998</p>	<p>CM3</p>
<p><b>CM2B.</b> DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE ?</p>	<p>Années révolues depuis la première naissance ..... 99</p>	
<p><b>CM3.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 →</p>	<p>CM5</p>
<p><b>CM4.</b> COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Fils à la maison ..... 99</p> <p>Filles à la maison ..... 99</p>	
<p><b>CM5.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 →</p>	<p>CM7</p>
<p><b>CM6.</b> COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p>	<p>Fils ailleurs ..... 99</p> <p>Filles ailleurs ..... 99</p>	
<p><b>CM7.</b> AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2 →</p>	<p>CM9</p>
<p><b>CM8.</b> COMBIEN DE FILS SONT DÉCÉDÉS?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES?</p>	<p>Garçons décédés ..... 99</p> <p>Filles décédées ..... 99</p>	
<p><b>CM9.</b> Faites la somme des réponses à CM4, CM6, et CM8.</p>	<p>Total ..... 99</p>	
<p><b>CM10.</b> JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?</p> <p align="center">             Oui <input type="checkbox"/>      Non <input type="checkbox"/> → Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11         </p>		
<p><b>CM11.</b> DE TOUTES CES (<i>NOMBRE TOTAL</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS EU LA DERNIÈRE (MÊME SI IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E)) ?</p> <p>Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.</p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>Jour ..... 98</p> <p>Mois ..... 98</p> <p>Année ..... 9998</p>	
<p><b>CM11A.</b> DEPUIS COMBIEN D'ANNÉES AVEZ-VOUS EU VOTRE</p>	<p>Années révolues depuis ..... 99</p>	



DERNIÈRE NAISSANCE (MÊME SI IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E))?	la dernière naissance.....	
<p><b>CM12.</b> 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 ) de l'année 2004?</p> <p>Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.</p> <p>Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années <input type="checkbox"/> → Passer au module UNION/ MARIAGE</p> <p>Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années <input type="checkbox"/></p> <p>Nom de l'enfant.....</p>		
<p><b>CM13.</b> AU MOMENT OU VOUS ÊTES TOMBÉE ENCEINTE DE (NOM), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE À CE MOMENT-LÀ, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?</p>	<p>À ce moment-là ..... 1</p> <p>Plus tard ..... 2</p> <p>Ne plus/ne pas avoir d'enfant..... 3</p>	

## MODULE SUR L'ANATOXINE TÉTANIQUE (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.*

<b>TT1.</b> AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OÙ SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ?  <i>S'il y a une carte, il faut l'utiliser pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carte vue) .....1 Oui (carte pas vue).....2 Non.....3 NSP.....8	
<b>TT2.</b> QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UN VACCIN ANTITÉTANIQUE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> → TT5
<b>TT3.</b> <i>Si oui:</i> DURANT VOTRE DERNIÈRE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION ANTITÉTANIQUE ?	Nombre de fois ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP .....98	<input type="checkbox"/> → TT5
<b>TT4.</b> Combien de doses de TT ont été enregistrées à TT3?  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <i>Au moins deux injections durant la dernière grossesse</i>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Passez au module suivant</i>  <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="button"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;"> <i>Moins de deux injections durant la dernière grossesse</i>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <i>Continuer avec TT5</i>  <input style="width: 50px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="button"/> </div> </div>		
<b>TT5.</b> AVEZ-VOUS REÇU, À UN MOMENT QUELCONQUE AVANT CETTE GROSSESSE, UNE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	<input type="checkbox"/> → MODULE SUIVANT
<b>TT6.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS EU CETTE INJECTION?	Nombre de fois ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
<b>TT7.</b> EN QUEL MOIS ET EN QUELLE ANNÉE AVANT CETTE DERNIÈRE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ?  <i>Passer au module suivant seulement si l'année de l'injection est connue. Autrement continuer avec TT8.</i>	Mois..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP le mois .....98 Année ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP l'année .....9998	<input type="checkbox"/> → MODULE SUIVANT
<b>TT8.</b> CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT CETTE DERNIÈRE GROSSESSE?	Années ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ MN																	
<p>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier CM12 et inscrire ici le nom du dernier enfant _____. En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</p>																	
<b>MN1.</b> DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE (NOM), AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?  <i>Montrez la capsule de 200,000 UI ou le flacon.</i>	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																
<b>MN2.</b> POUR LA GROSSESSE DE (NOM), AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATAUX ?  <i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTÉ? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i>  <i>Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ? et enregistrer toutes les réponses.</i>	Professionnel de la santé : Médecin..... A Sage-femme/Maïeuticien..... B Infirmier/infirmière..... C Accoucheuse auxiliaire/matrone..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Parents/Amis ..... H Autre (à préciser)..... X Personne ..... Y	→ MN7															
<b>MN2A.</b> OU AVEZ-VOUS ETE CONSULTE ?	Domicile Votre domicile..... 11 Autre domicile..... 12 Secteur public Hôpital ..... 21 Maternité ..... 22 Dispensaire ..... 23 CM (Centre Médical) ..... 24 CMA (Centre Médical avec Antenne chirurg.)..... 25 Autre public (à préciser)..... 26 Secteur médical privé Clinique privée..... 32 Maternité privée..... 33 Autre médical privé (à préciser)..... 36 Autre (à préciser) ..... 96																
<b>MN3.</b> DANS LE CADRE DE CES SOINS PRÉNATAUX, AVEZ-VOUS AU MOINS UNE FOIS EU LES EXAMENS SUIVANTS, ?  MN3A. AVEZ-VOUS ÉTÉ PESÉE ? MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ? MN3c. AVEZ-VOUS DONNÉ UN ECHANTILLON D'URINE ? MN3D. AVEZ-VOUS DONNÉ DU SANG ?	<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> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids .....	1	2	Tension.....	1	2	Urine.....	1	2	Sang.....	1	2	
	Oui	Non															
Poids .....	1	2															
Tension.....	1	2															
Urine.....	1	2															
Sang.....	1	2															
<b>MN3A.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																
<b>MN3B.</b> DANS LE CADRE DE CES SOINS PRÉNATAUX, AVEZ-VOUS EU DU FER/FOLATE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																
<b>MN4.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8																
<b>MN5.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRÉNATAUX ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	→ MN6A															
<b>MN6.</b> JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RÉSULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES	Oui..... 1 Non..... 2																

RÉSULTATS DU TEST ?	NSP ..... 8	
<b>MN6A.</b> DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	<input type="checkbox"/> → MN6E
<b>MN6B.</b> QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ?  <i>Encercler tout ce qui est mentionné. Si le type de médicament ne peut être déterminé, montrer des antipaludéens typiques à l'enquêtee.</i>  COMBINAISON BASEE SUR L'ARTEMISININE = ARSUMAX, ARSUCANE, ARINATE, COARINATE, COARTEN, ARTEQUIN, MALARIX)	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine ..... A Chloroquine/Nivaquine/Camoquine..... B Amodiaquine ..... C Quinine/Quinimax ..... D Combinaison basée sur l'Artémisinine ..... E Autre antipaludéen <i>(à préciser)</i> ..... F  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ..... G Aspirine ..... H Ibuprofen ..... I  Autre <i>(à préciser)</i> ..... X NSP ..... Y	
<b>MN6C.</b> Vérifier MN6B pour le type de médicament pris?  <div style="text-align: center;">             SP/Fansidar pas pris <input type="checkbox"/> → Passez à MN6E               SP/Fansidar pris <input type="checkbox"/> ↓           </div>		
<b>MN6D.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS LE MEDICAMENT SP/FANSIDAR PENDANT LA GROSSESSE ?	Nombre de fois ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  Durant le premier trimestre de la grossesse ..... 94 Durant le deuxième trimestre de la grossesse ..... 95 Durant le troisième trimestre de la grossesse ..... 96 Pendant toute la grossesse..... 97 NSP ..... 98	
<b>MN6E.</b> DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	
<b>MN7.</b> QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT <i>(nom)</i> ?  <i>Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ? . Encercler tout ce qui est mentionné.</i>	Professionnel de la santé : Médecin..... A Sage-femme/Maïeuticien..... B Infirmier/infirmière ..... C Accoucheuse auxiliaire/matrone..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Parents/Amis ..... H Autre <i>(à préciser)</i> ..... X Personne ..... Y	

<p><b>MN8. OÙ AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</b></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 d'endroit et encercle le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Votre domicile..... 11</p> <p>Autre domicile..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital ..... 20</p> <p>CSPS..... 21</p> <p>Maternité seule..... 22</p> <p>Dispensaire seul..... 23</p> <p>CM (Centre Médical) ..... 24</p> <p>CMA (Centre Médical avec Antenne chirurg.)..... 25</p> <p>Autre public (à préciser)..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Maternité privée..... 33</p> <p>Autre médical privé (à préciser)..... 36</p> <p>Autre (à préciser) ..... 96</p>	
<p><b>MN8A. POUR L'ACCOUCHEMENT DE (nom) QUI PRINCIPALEMENT A DÉCIDÉ DU LIEU?</b></p>	<p>Enquêtée ..... 1</p> <p>Conjoint/partenaire ..... 2</p> <p>Parents/amis de enquêtée ..... 3</p> <p>Beaux parents de enquêtée ..... 4</p> <p>Autre (à préciser) ..... 5</p>	
<p><b>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (NOM) EST NÉ(E), ÉTAIT-IL/ELLE : TRÈS GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRÈS PETIT ?</b></p>	<p>Très gros ..... 1</p> <p>Plus gros que la moyenne..... 2</p> <p>Moyen..... 3</p> <p>Plus petit que la moyenne ..... 4</p> <p>Très petit ..... 5</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>MN10. (Nom) A-T-IL/ELLE ÉTÉ PESÉ(E) À LA NAISSANCE ?</b></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p><input type="checkbox"/> → MN12</p>
<p><b>MN11. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?</b></p> <p><i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>Du carnet (kilogrammes).....1 .. <input type="text"/>, <input type="text"/></p> <p>De mémoire (kilogrammes).....2... <input type="text"/>, <input type="text"/></p> <p>NSP ..... 99998</p>	
<p><b>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITÉ (nom)?</b></p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>
<p><b>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</b></p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i></p> <p><i>Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement..... 000</p> <p>Heures.....1 <input type="text"/></p> <p>jours.....2 <input type="text"/></p> <p>NSP/Ne se rappelle pas ..... 998</p>	

MODULE UNION/MARIAGE MA		
QUESTIONS	CATEGORIES DE REPONSES	ALLER À
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE OU BIEN VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN UNION LIBRE AVEC UN HOMME?	Oui, actuellement mariée .....1 Oui, vit en union libre avec un homme.....2 Non, ni mariée ni en union .....3	→ MA3
<b>MA2.</b> QUEL ÂGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP .....98	
<b>MA2A.</b> EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES EN PLUS DE VOUS-MEME ?	Oui.....1 Non .....2	→ MA5
<b>MA2B.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP .....98	→ MA5
<b>MA3.</b> AVEZ-VOUS DEJA ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ EN UNION LIBRE AVEC UN HOMME ?	Oui a été mariée .....1 Oui a déjà vécu en union libre .....2 Non n'a jamais été mariée/vécu en union .....3	→ MODULE SUIVANT
<b>MA4.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE PAR RAPPORT A CE/CETTE MARIAGE/UNION ANTERIEURE : ÊTES-VOUS VEUVE, DIVORCÉE SEPARÉE?	Veuve .....1 Divorcée.....2 Séparée.....3	
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS ÉTÉ MARIÉE OU AVEZ-VOUS VÉCU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois .....1 Plus d'une fois.....2	
<b>MA6.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE VOUS ÊTES-VOUS MARIÉE LA <b>PREMIÈRE FOIS</b> , OU AVEZ-VOUS COMMENCÉ À VIVRE LA <b>PREMIÈRE FOIS</b> AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉE?	Mois..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP le mois .....98 Année..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP l'année .....9998	
<b>MA7. Vérifier MA6:</b> <p>Le mois et l'année de mariage/union sont connus ? <input type="checkbox"/> → Passer au module suivant</p> <p>Le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? <input type="checkbox"/></p>		
<b>MA8.</b> QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCÉ À VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

# **MODULE SUR LA CONTRACEPTION ET LES BESOINS NON-SATISFAITS**

<p><b>CP1.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTÉ REPRODUCTIVE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>Pas sûre ou NSP ..... 8</p>	<p>→ CP2</p>
<p><b>CP1a.</b> 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'ENFANT DU TOUT ?</p>	<p>À ce moment..... 1</p> <p>Plus tard..... 2</p> <p>Ne voulait plus d'enfants..... 3</p>	<p>→ CP3A</p>
<p><b>CP2.</b> CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS 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 ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>→ CP3A</p>
<p><b>CP3.</b> QUELLE MÉTHODE UTILISEZ-VOUS?</p> <p><i>N'insistez pas.</i> <i>Si plus d'une méthode mentionnée, encerclez tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine.....A</p> <p>Stérilisation masculine.....B</p> <p>Pilule ..... C</p> <p>DIU..... D</p> <p>Injections..... E</p> <p>Implants ..... F</p> <p>Condom ..... G</p> <p>Condom féminin..... H</p> <p>Diaphragme ..... I</p> <p>Mousse/gelée ..... J</p> <p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA).....K</p> <p>Abstinence périodique ..... L</p> <p>Retrait ..... M</p> <p>Autre (à préciser) ..... X</p>	
<p><b>CP3A. Vérifier CM1 ET CP1</b></p> <p align="center">MAINTENANT J'AI QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A donné naissance à des enfants</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>CP4a.</b></p> <p>VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PRÉFÉRERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'a pas donné naissance à des enfants</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>CP4a1</b></p> <p>VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT OU PRÉFÉRERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR DES ENFANTS DU TOUT ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>Actuellement enceinte</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><b>CP4b</b></p> <p>APRÈS L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU VOUDRIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT?</p> </div> </div>	<p>Avoir (un/autre) enfant..... 1</p> <p>Pas d'autre du tout/Aucun ..... 2</p> <p>Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte ..... 3</p> <p>Indécise/NSP ..... 8</p>	<p>→ CP4D</p> <p>→ MODULE SUIVANT</p> <p>→ CP4D</p>
<p><b>CP4c.</b> COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE (D'UN AUTRE) ENFANT ?</p>	<p>Mois.....1</p> <p>Années.....2</p> <p>Bientôt/maintenant..... 993</p> <p>Elle ne peut pas tomber enceinte ..... 994</p> <p>Après le mariage..... 995</p> <p>Autre (à préciser)..... 996</p> <p>NSP ..... 998</p>	
<p><b>CP4d.</b> Vérifier CP1</p> <p>Actuellement enceinte <input type="checkbox"/> → Passer au Module suivant</p> <p>Pas enceinte ou pas sûre <input type="checkbox"/></p>		
<p><b>CP4E.</b> PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT APTE À ÊTRE EN ETAT DE GROSSESSE EN CE MOMENT?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>

MODULE SUR L'EXCISION FG		
<b>FG1.</b> AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ FG3
<b>FG2.</b> DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE À COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ MODULE SUIVANT
<b>FG3.</b> ÊTES-VOUS EXCISÉE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	→ FG8
<b>FG4.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ÉTÉ FAIT EN CE MOMENT-LÀ.  VOUS -A-T-ON COUPÉ QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GÉNITALE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	→ FG6
<b>FG5.</b> VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>FG6.</b> VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>FG7.</b> QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ?	Traditionnel Exciseuse traditionnelle ..... 11 Accoucheuse traditionnelle ..... 12 Autre traditionnel (à préciser) ..... 16 Professionnel de santé Médecin ..... 21 Infirmière/sage-femme ..... 22 Autre professionnel De santé (à préciser) ..... 26 NSP ..... 98	
<b>FG8.</b> Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante Vérifier CM4 et CM6, Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a une fille vivante  Oui <input type="checkbox"/> Non. <input type="checkbox"/> → Passer à FG15A		
<b>FG9.</b> EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ?  SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Aucune fille excisée ..... 00	→ FG15A
<b>FG10.</b> SUR LAQUELLE DE VOS FILLES A T-ON PROCÉDÉ TOUT RÉCEMMENT À L'EXCISION ?  <i>Enregistrer le nom de la fille.</i>	Nom de la fille : .....	
<b>FG11.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ÉTÉ FAIT À (NOM) A CE MOMENT LÀ.  A-T-ON ENLEVÉ QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GÉNITALES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	→ FG13
<b>FG12.</b> LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ SES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>FG13.</b> LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>FG14.</b> QUEL ÂGE AVAIT (NOM) AU MOMENT DE L'EXCISION ?  <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.</i>	Âge de la fille à l'excision..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	



<b>FG15.</b> QUI A PROCÉDÉ À L'EXCISION ?	Traditionnel Exciseuse traditionnelle .....11 Matrone/Accoucheuse traditionnelle.....12 Autre traditionnel ( <i>à préciser</i> ) .....16 Professionnel de santé Médecin .....21 Infirmière/sage-femme .....22 Autre professionnel De santé ( <i>à préciser</i> ) .....26 NSP .....98	
<b>FG15A.</b> PENSEZ-VOUS QUE L'EXCISION À DES EFFET NÉFASTES ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	→ FG16
<b>FG15 B.</b> QUELLES EFFETS NEFASTES CONNAISSEZ-VOUS ?	Diminution du plaisir sexuel .....A Problèmes à l'accouchement.....B Provoque des maladies ..... C Fistules ..... D Incontinence urinaire .....E Rétention des règles.....F Frigidité ..... G Infection à VIH/sida..... H Mort..... I Autre ( <i>à préciser</i> ) .....X	
<b>FG16.</b> PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ÊTRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAÎTRE ?	Maintenue .....1 Disparaître .....2 Cela dépend .....3 NSP .....8	
<b>FG16A.</b> SAVEZ-VOUS QU'IL EXISTE UNE LOI QUI INTERDIT LA PRATIQUE DE L'EXCISION AU BURKINA FASO ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	

# **MODULE SUR LES ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE**

**DV1.** PARFOIS UN MARI EST CONTRARIÉ OU EN COLÈRE À CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. À VOTRE AVIS, EST-IL LÉGITIME QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :

DV1a. Si elle sort sans le lui dire ?

DV1b. Si elle néglige les enfants ?

DV1c. Si elle argumente avec lui ?

DV1d. Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?

DV1e. Si elle brûle la nourriture ?

	Oui	Non	NSP
Sort sans lui dire .....	1	2	8
Néglige les enfants .....	1	2	8
Argumente .....	1	2	8
Refuse sexe .....	1	2	8
Brûle la nourriture .....	1	2	8

# **MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL SB**

**VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.**

**SB0.** Vérifier WM9: Âge de l'enquêtée entre 15 et 24 ans ?

Âge 15-24 ☐

Âge 25-49. ☐ → Passer au Module Suivant

**SB1.** MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITÉ SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLÈMES DE LA VIE FAMILIALE ?

L'INFORMATION QUE VOUS FOURNIREZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE.

QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?

N'a jamais eu d'activité sexuelle .....00

Âge en années .....

1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire .....95

→ MODULE SUIVANT.

**SB2.** IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?

*Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*

Nombre de jours.....1

Nombre de semaines.....2

Nombre de mois.....3

Nombre d'années.....4

→ MODULE SUIVANT

**SB3.** LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?

Oui.....1

Non.....2

**SB4.** QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'HOMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?

*Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander :*

VOTRE PETIT AMI/ FIANCÉ VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI?

*Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*

C'est mon mari / partenaire cohabitant .....1

C'est mon ami / fiancé.....2

C'est un autre ami .....3

C'est une rencontre occasionnelle .....4

Autre (à préciser) ..... 6

→ SB6

**SB5.** QUEL EST L'ÂGE DE CETTE PERSONNE?

*Si la réponse est NSP, insister :*

À PEU PRES QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ?

Âge du partenaire .....

NSP .....98

**SB6.** AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?

Oui.....1

Non.....2

→ MODULE SUIVANT

**SB7.** LA DERNIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ?

Oui.....1

Non.....2

**SB8.** QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ?

*Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander :*

VOTRE PETIT AMI/ FIANCÉ VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI?

*Si 'Oui', encercler 1. Si 'non', encercler 2.*

C'est mon mari / partenaire cohabitant .....1

C'est mon ami / fiancé.....2

C'est un autre ami .....3

C'est une rencontre occasionnelle .....4

Autre (à préciser) ..... 6

→ SB10

**SB9.** QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE?

*Si la réponse est NSP, insister :*

À PEU PRES QUEL ÂGE A CETTE PERSONNE ?

Âge du partenaire .....

NSP .....98

**SB10.** MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ- VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?

Oui.....1

Non.....2

→ MODULE SUIVANT

**SB11.** EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFÉRENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

Nombre de partenaires .....

MODULE SUR LE VIH/SIDA HA		
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE.  AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ FIN DE L'INTERVIEW
<b>HA2.</b> 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 N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA3.</b> EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA4.</b> EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA5.</b> EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA6.</b> 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	
<b>HA7.</b> EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA7A.</b> EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQURE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA8.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>HA9.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ÊTRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
	<div style="text-align: right;">Oui    Non    NSP</div>	
<b>HA9A.</b> AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Au cours de la grossesse..... 1    2    8	
<b>HA9B.</b> PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement..... 1    2    8	
<b>HA9C.</b> PENDANT L'ALLAITEMENT ?	Pendant l'allaitement..... 1    2    8	
<b>HA10.</b> 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	
<b>HA11.</b> EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend..... 8	
<b>HA12.</b> SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE DEVIENT INFECTEE PAR 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	
<b>HA13.</b> 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	

<b>HA14.</b> Vérifier CM1, CM12 et MN5: A effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?		
<div style="text-align: right;"> A effectué le test du VIH dans <input type="checkbox"/> le cadre des consultations prénatals → Passer à HA18A </div>		
<input type="checkbox"/> N'a pas eu de naissance au cours de sa vie <input type="checkbox"/> N'a pas eu de naissance au cours des 2 dernières années <input type="checkbox"/> N'a pas effectué le test du VIH dans le cadre des consultations prénatals		
<b>HA15.</b> 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	→ HA18
<b>HA16.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>HA17.</b> AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL IMPOSE?	A demandé le test ..... 1 Proposé et accepté ..... 2 Imposé ..... 3	→ FIN DE L'INTERVIEW
<b>HA18.</b> EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	→ FIN DE L'INTERVIEW
<b>HA18A.</b> 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 L'ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	

FFH. ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">HEURE</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">MINUTES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

## OBSERVATIONS

UTILISEZ CET ESPACE POUR ENREGISTRER TOUTES LES OBSERVATIONS QUI PEUVENT AIDER A LA COMPREHENSION DES INFORMATIONS SUR CE MENAGE ENQUETE (INFORMATION SUR LES FEUILLES DES INTERVIEWS INDIVIDUELLES INCOMPLETES, NOMBRE DE VISITES, ETC.).

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

# QUESTIONNAIRE DES ENFANTS

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

**UF**

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardien(ne)s (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 les noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardien(ne) dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

VILLAGE/SECTEUR _____					
RÉGION _____					
PROVINCE _____					
DÉPARTEMENT _____					
COMMUNE _____					
EDH. MILIEU DE RESIDENCE : OUAGADOUGOU = 1 AUTRE VILLE=2 RURAL = 3					
UF1. NUMÉRO DE GRAPPE .....					
UF2. NUMÉRO DE MÉNAGE.....					
UF2A. NOM ET PRÉNOM DU CHEF DE MÉNAGE _____					
UF3. NOM ET PRÉNOM DE L' ENFANT _____					
UF4. NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENFANT.....				N° DE LIGN. ENFT. <input type="text"/>	
UF5. NOM ET PRÉNOM DE LA MÈRE/GARDIEN(NE) _____					
UF6. NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE/GARDIEN(NE).....					
UF6A. HEURE DE DEBUT DE L'INTERVIEW : HEURES <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/>					
UF7. NOM ET PRÉNOM DE L'ENQUÊTRICE _____ DATE _____				CODE ENQUÊT. <input type="text"/>	
UF7A. NOM ET PRÉNOM DU CONTRÔLEUSE _____ DATE _____				CODE CONTRÔL.. <input type="text"/>	
UF7B. NOM ET PRÉNOM DU CHEF D'ÉQUIPE _____ DATE _____				CODE CHEF ÉQUI.. <input type="text"/>	
<b>UF8 VISITES D'ENQUÊTEURS/ENQUÊTRICES</b>					
	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>VISITE FINALE</b>	
DATE	_____	_____	_____	JOUR	<input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	MOIS	<input type="text"/>
				ANNÉE	<input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 0 <input type="text"/>
PROCHAINE VISITE				NOMBRE DE VISITE <input type="text"/>	
DATE	_____	_____			
HEURE	_____	_____			
<b>UF9. RÉSULTAT DE L'INTERVIEW DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS :</b> CODES RÉSULTATS Rempli =1    Pas à la maison =.2    Mère/gardien(ne) refusé = 3    Rempli partiellement = 4    Incapacité Mère/gardien(ne) = 5 Autre (à préciser) _____ .6					<input type="text"/>

LANGUE DE L'INTERVIEW _____ CODES LANGUES : Français=1, Mooré=2, Dioula=3, Fulfulde/Peul =4, Autre=5.		<input type="checkbox"/>
RECOURS A UN(E) INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2).....		<input type="checkbox"/>
CONTRÔLE BUREAU : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	SAISIE PAR : _____
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



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

NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS RÉPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGÉ DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE RÉPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRÊTER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT.

Si l'enquêté(e) vous donne la permission, commencez l'interview. si l'enquêté(e) n'est pas d'accord pour continuer, il faut la remercier, et passer à l'interview suivante. discuter ce résultat avec votre contrôleur(se) pour organiser une autre visite.

<p><b>UF10.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTÉ 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) ?</p> <p><b>INSISTEZ :</b> QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jours..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP Jours.....98</p> <p>Mois..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP mois .....98</p> <p>Année ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP Année.....9998</p>	
<p><b>UF11.</b> QUEL ÂGE AVAIT (nom) À SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Inscrire l'âge en années révolues.</p>	<p>Âge en années révolues ..... <input type="text"/></p>	

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE		BR
<p><b>BR1.</b> (Nom) A-T-IL UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ?</p>	<p>Oui, vu.....1</p> <p>Oui, pas vu.....2</p> <p>Non.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>→ BR5</p>
<p><b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ÉTÉ ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>→ BR5</p> <p>→ BR4</p>
<p><b>BR3.</b> POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'EST-ELLE PAS ENREGISTRÉE/DÉCLARÉE ?</p>	<p>Ça coûte très cher.....1</p> <p>C'est trop loin .....2</p> <p>Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée.....3</p> <p>Ne voulait pas payer d'amende .....4</p> <p>Ne sait pas où l'enregistrer/comment s'y prendre.....5</p> <p>Ne s'y est pas intéressé/Par négligence.....6</p> <p>Autre (à préciser).....7</p> <p>NSP.....8</p> <p>Rien.....9</p>	
<p><b>BR4.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?</p>	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2</p>	
<p><b>BR5.</b> Vérifier l'âge de l'enfant à la question UF11: Enfant âge de 3 ou 4 ans</p> <p>Oui <input type="checkbox"/></p> <p>Non. <input type="checkbox"/> → BR8</p>		
<p><b>BR6.</b> (Nom) FRÉQUENTE T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'ENCADREMENT EN DEHORS DE LA MAISON OU D'ÉDUCATION PRÉSCOLAIRE TEL QU'UN CENTRE PUBLIC OU PRIVÉ, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANT OU UN CENTRE COMMUNAUTAIRE ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>→ BR8</p>
<p><b>BR7.</b> AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, PENDANT COMBIEN D'HEURES ENVIRON (nom) A-T-IL/ELLE FRÉQUENTE CET ENDROIT?</p>	<p>Nombre d'heures ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

**BR8. DES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS PARTICIPÉ OU Y A-T-IL UN MEMBRE DU MÉNAGE ÂGÉ DE PLUS DE 15 ANS QUI A PARTICIPÉ AVEC (nom) À L'UNE DES ACTIVITÉS SUIVANTES :**

*Si Oui, demander :* QUI A PARTICIPÉ À CETTE ACTIVITÉ AVEC L'ENFANT - LA MÈRE, LE PÈRE DE L'ENFANT OU UN AUTRE MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE (Y COMPRIS LE/LA GARDIEN(NE)/ENQUÊTÉ(E))?

ENCERCLER TOUTES LES RÉPONSES.

	Mère	Père	Autre	Personne
<b>BR8A.</b> LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom)?	A	B	X	Y
<b>BR8B.</b> RACONTER DES HISTOIRES À (nom)?	A	B	X	Y
<b>BR8C.</b> CHANTER DES CHANSONS AVEC (nom)?	A	B	X	Y
<b>BR8D.</b> PRENDRE (nom) EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RÉSIDENCE, DE LA COUR, DE L'ENCEINTE?	A	B	X	Y
<b>BR8E.</b> JOUER AVEC (nom)?	A	B	X	Y
<b>BR8F.</b> PASSER DU TEMPS AVEC (nom) À NOMMER, À COMPTER, ET/OU À DESSINER?	A	B	X	Y

MODULE SUR LA VITAMIE A VA		
<b>VA1.</b> (Nom) A-T-IL A-T-IL/ELLE DÉJÀ REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLÉMENT) COMME CELLE-CI ?  <i>Montrez 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
→ MODULE SUIVANT.		
<b>VA2.</b> CELA FAIT COMBIEN DE MOIS QUE (NOM) A PRIS LA DERNIÈRE DOSE ?	Nombre de mois ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
	NSP .....	98
<b>VA3.</b> OU (nom) AVAIT-IL REÇU CETTE DERNIÈRE 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





<b>CA5.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT DE LA TOUX, À UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS ( <i>jour de la semaine</i> ) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	→ CA12
<b>CA6.</b> QUAND ( <i>nom</i> ) A SOUFFERT DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTÉS RESPIRATOIRES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	→ CA12
<b>CA7.</b> EST-CE QUE LES SYMPTÔMES SONT DÛS À UN PROBLÈME DANS LA POITRINE, OU LE NEZ QUI ÉTAIT BOUCHÉ ?	Problème dans la poitrine ..... 1 Nez bouché ..... 2  Les deux..... 3  Autre ( <i>à préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	→ CA12   → CA12
<b>CA8.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	→ CA10
<b>CA9.</b> OÙ AVEZ-VOUS DEMANDÉ DES CONSEILS OU RECHERCHÉ UN TRAITEMENT ?  QUELQUE PART AILLEURS OU QUELQU'UN D'AUTRE  Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.  <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 d'endroit et encercler le code approprié.</i>  _____ ( <i>Nom de l'endroit</i> )	Secteurs médicaux publiques Hôpital ..... 11 Centre Médical/ CMA ..... 12 CSPS..... 13 Dispensaire/Maternité seul(e) ..... 14 Dépôt pharmaceutique communautaire I ..... 15 Autre public ..... 16 ( <i>à préciser</i> ) Secteurs médicaux privés Cabinet de médecin privé..... 21 Clinique PF ..... 22 Pharmacie ..... 23 Cabinet infirmier ..... 24 Autre privé ( <i>à préciser</i> ) ..... 26 ( <i>à préciser</i> ) Autre source Parent ou ami ..... 31 Boutique/marché ..... 32 Kiosque ..... 33 Circuit commercial informel/Vendeur ambulant .... 34 Autre source ( <i>à préciser</i> ) ..... 96 ( <i>à préciser</i> ) NSP ..... 98	
<b>CA10.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A PRIS DES MÉDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP ..... 8	→ CA12
<b>CA11.</b> QUEL MÉDICAMENT( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE PRIS ?  Encercler tous les médicaments mentionnés.	Traitement antibiotique Amoxicilline sirop..... A Amoxicilline comprimé..... B Ampicilline sirop ..... C Ampicilline comprimé ..... D Cotrimoxazole sirop..... E Cotrimoxazole comprimé..... F Autre traitement antibiotique ( <i>à préciser</i> ) ..... G  Paracétamol/Panadol/Acetaminophen..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R Autre ( <i>à préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	

<b>CA11A. Vérifier CA11: Antibiotique donné ?</b>																																																
Oui <input type="checkbox"/>	Non. ou NSP <input type="checkbox"/>	Passer à CA12																																														
<b>CA11B. OÙ AVEZ-VOUS REÇU LES ANTIBIOTIQUES ?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><b>Secteur médical public</b></td> </tr> <tr> <td>Hôpital .....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Centre Médical/ CMA .....</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>CSPS.....</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Dispensaire/Maternité seul(e) .....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>Dépôt pharmaceutique communautaire I .....</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>Autre public .....</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(à préciser)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Secteur médical privé</b></td> </tr> <tr> <td>Cabinet de médecin privé.....</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>Clinique PF .....</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>Pharmacie .....</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>Cabinet infirmier .....</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>Autre privé (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(à préciser)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Autre source</b></td> </tr> <tr> <td>Parent ou ami .....</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td>Boutique/marché .....</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td>Kiosque .....</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>Circuit commercial informel/Vendeur ambulant ....</td> <td style="text-align: right;">34</td> </tr> <tr> <td>Autre source (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">(à préciser)</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td style="text-align: right;">98</td> </tr> </table>		<b>Secteur médical public</b>		Hôpital .....	11	Centre Médical/ CMA .....	12	CSPS.....	13	Dispensaire/Maternité seul(e) .....	14	Dépôt pharmaceutique communautaire I .....	15	Autre public .....	16	(à préciser)		<b>Secteur médical privé</b>		Cabinet de médecin privé.....	21	Clinique PF .....	22	Pharmacie .....	23	Cabinet infirmier .....	24	Autre privé (à préciser).....	26	(à préciser)		<b>Autre source</b>		Parent ou ami .....	31	Boutique/marché .....	32	Kiosque .....	33	Circuit commercial informel/Vendeur ambulant ....	34	Autre source (à préciser).....	96	(à préciser)		NSP .....	98
<b>Secteur médical public</b>																																																
Hôpital .....	11																																															
Centre Médical/ CMA .....	12																																															
CSPS.....	13																																															
Dispensaire/Maternité seul(e) .....	14																																															
Dépôt pharmaceutique communautaire I .....	15																																															
Autre public .....	16																																															
(à préciser)																																																
<b>Secteur médical privé</b>																																																
Cabinet de médecin privé.....	21																																															
Clinique PF .....	22																																															
Pharmacie .....	23																																															
Cabinet infirmier .....	24																																															
Autre privé (à préciser).....	26																																															
(à préciser)																																																
<b>Autre source</b>																																																
Parent ou ami .....	31																																															
Boutique/marché .....	32																																															
Kiosque .....	33																																															
Circuit commercial informel/Vendeur ambulant ....	34																																															
Autre source (à préciser).....	96																																															
(à préciser)																																																
NSP .....	98																																															
<b>CA11c. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LES ANTIBIOTIQUES?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>FCFA .....</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Gratuit.....</td> <td colspan="5" style="text-align: right;">9996</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td colspan="5" style="text-align: right;">9998</td> </tr> </table>		FCFA .....						Gratuit.....	9996					NSP .....	9998																																
FCFA .....																																																
Gratuit.....	9996																																															
NSP .....	9998																																															
<b>CA12. Vérifier UF11: L'enfant est âgé de moins de 3 ans ?</b>																																																
Oui <input type="checkbox"/>	Non. <input type="checkbox"/>	Passer à CA14																																														
<b>CA13. LA DERNIÈRE FOIS QUE (nom) EST ALLÉ(E) À LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DÉBARRASSER DES EXCRÉMENTS ?</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines.....</td> <td style="text-align: right;">01</td> </tr> <tr> <td>Jeté dans les toilettes/latrines .....</td> <td style="text-align: right;">02</td> </tr> <tr> <td>Jeté dans les égouts ou le fossé.....</td> <td style="text-align: right;">03</td> </tr> <tr> <td>Jeté avec les ordures ménagères .....</td> <td style="text-align: right;">04</td> </tr> <tr> <td>Enterré.....</td> <td style="text-align: right;">05</td> </tr> <tr> <td>Laissé à l'air libre .....</td> <td style="text-align: right;">06</td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td style="text-align: right;">98</td> </tr> </table>		L'enfant a utilisé les toilettes/latrines.....	01	Jeté dans les toilettes/latrines .....	02	Jeté dans les égouts ou le fossé.....	03	Jeté avec les ordures ménagères .....	04	Enterré.....	05	Laissé à l'air libre .....	06	Autre (à préciser).....	96	NSP .....	98																														
L'enfant a utilisé les toilettes/latrines.....	01																																															
Jeté dans les toilettes/latrines .....	02																																															
Jeté dans les égouts ou le fossé.....	03																																															
Jeté avec les ordures ménagères .....	04																																															
Enterré.....	05																																															
Laissé à l'air libre .....	06																																															
Autre (à préciser).....	96																																															
NSP .....	98																																															
<p>Poser, à chaque mère/gardien(ne) d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</p> <p><b>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SÉVÈRES ET DEVRAIENT ÊTRE CONDUITS TOUT DE SUITE À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTÔMES VOUS AMÈNERAIENT À CONDUIRE IMMÉDIATEMENT VOTRE ENFANT À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?</b></p> <p>Insister (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.  <b>Mais NE lui faites PAS de suggestions</b>          Encercler tous les symptômes mentionnés.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>L'enfant ne peut pas boire ou téter .....</td> <td style="text-align: right;">A</td> </tr> <tr> <td>L'enfant devient de plus en plus malade.....</td> <td style="text-align: right;">B</td> </tr> <tr> <td>L'enfant développe une fièvre .....</td> <td style="text-align: right;">C</td> </tr> <tr> <td>L'enfant a une respiration rapide.....</td> <td style="text-align: right;">D</td> </tr> <tr> <td>L'enfant a des difficultés à respirer .....</td> <td style="text-align: right;">E</td> </tr> <tr> <td>L'enfant a du sang dans les selles .....</td> <td style="text-align: right;">F</td> </tr> <tr> <td>L'enfant boit difficilement.....</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>L'enfant vomit beaucoup .....</td> <td style="text-align: right;">H</td> </tr> <tr> <td>L'enfant fait des selles fréquemment .....</td> <td style="text-align: right;">I</td> </tr> <tr> <td>L'enfant a des convulsions.....</td> <td style="text-align: right;">J</td> </tr> <tr> <td>L'enfant a un catarrhe 'Ecoulement nasal, conjonctivite, larmoiements).....</td> <td style="text-align: right;">K</td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">X</td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">Y</td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser).....</td> <td style="text-align: right;">Z</td> </tr> </table>		L'enfant ne peut pas boire ou téter .....	A	L'enfant devient de plus en plus malade.....	B	L'enfant développe une fièvre .....	C	L'enfant a une respiration rapide.....	D	L'enfant a des difficultés à respirer .....	E	L'enfant a du sang dans les selles .....	F	L'enfant boit difficilement.....	G	L'enfant vomit beaucoup .....	H	L'enfant fait des selles fréquemment .....	I	L'enfant a des convulsions.....	J	L'enfant a un catarrhe 'Ecoulement nasal, conjonctivite, larmoiements).....	K	Autre (à préciser).....	X	Autre (à préciser).....	Y	Autre (à préciser).....	Z																		
L'enfant ne peut pas boire ou téter .....	A																																															
L'enfant devient de plus en plus malade.....	B																																															
L'enfant développe une fièvre .....	C																																															
L'enfant a une respiration rapide.....	D																																															
L'enfant a des difficultés à respirer .....	E																																															
L'enfant a du sang dans les selles .....	F																																															
L'enfant boit difficilement.....	G																																															
L'enfant vomit beaucoup .....	H																																															
L'enfant fait des selles fréquemment .....	I																																															
L'enfant a des convulsions.....	J																																															
L'enfant a un catarrhe 'Ecoulement nasal, conjonctivite, larmoiements).....	K																																															
Autre (à préciser).....	X																																															
Autre (à préciser).....	Y																																															
Autre (à préciser).....	Z																																															

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS ML		
<b>ML1.</b> EST-CE QUE (nom) A SOUFFERT, À UN MOMENT QUELCONQUE, DE LA FIEVRE DANS LES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-À-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	ML10
<b>ML2.</b> EST-CE- QUE (nom) A ÉTÉ AMENÉ(E) DANS UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	ML6
<b>ML3.</b> EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ÉTÉ FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	ML5
<b>ML4.</b> QUEL MÉDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE, (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encrer les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>  COMBINAISON BASEE SUR L'ARTEMISININE = ARSUMAX, ARSUCANE, ARINATE, COARINATE, COARTEN, ARTEQUIN, MALARIX)	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine ..... A Chloroquine/Nivaquine/Camoquin/Amodiaquine ..... B Quinine/Quinimax/Malarix ..... C Combinaison basée sur l'Artémisinine ..... D Autre antipaludéen (à préciser) ..... H  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R  Autre (à préciser) ..... X NSP ..... Z	
<b>ML5.</b> EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ÊTRE CONDUIT À UN ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	ML7 ML8
<b>ML6.</b> EST-CE QUE (nom) A PRIS DES MÉDICAMENTS CONTRE LA FIÈVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	ML8
<b>ML7.</b> QUEL MÉDICAMENT (nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?  <i>Encrer 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 être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar/Maloxine ..... A Chloroquine/Nivaquine/Camoquin/Amodiaquine ..... B  Quinine/Quinimax/Malarix ..... C Combinaison basée sur l'Artémisinine ..... D Autre antipaludéen (à préciser) ..... H  Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R  Autre (à préciser) ..... X NSP ..... Z	
<b>ML8.</b> Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?  Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> → Passer à ML10		
<b>ML9.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS LE DÉBUT DE LA FIÈVRE, (nom) A-T-IL COMMENCÉ 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> <i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</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	

<p><b>ML9a. OÙ AVEZ-VOUS REÇU LE</b> (nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?</p> <p>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML4 ou, si aucun antipaludéen n'est mentionné à ML4, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML7.</p>	<p>Secteurs médicales publiques</p> <p>Hôpital..... 11</p> <p>Centre Médical/ CMA..... 12</p> <p>CSPS ..... 13</p> <p>Dispensaire/Maternité seul(e) ..... 14</p> <p>Dépôt pharmaceutique communautaire l..... 15</p> <p>Autre public ..... 16</p> <p>(à préciser)</p> <p>Secteurs médicales privés</p> <p>Cabinet de médecin privé ..... 21</p> <p>Clinique PF ..... 22</p> <p>Pharmacie ..... 23</p> <p>Cabinet infirmier ..... 24</p> <p>Autre privé (à préciser) ..... 26</p> <p>(à préciser)</p> <p>Autre source</p> <p>Parent ou ami..... 31</p> <p>Boutique/marché..... 32</p> <p>Kiosque ..... 33</p> <p>Circuit commercial informel/Vendeur ambulant .... 34</p> <p>Autre source (à préciser) ..... 96</p> <p>(à préciser)</p> <p>NSP ..... 98</p>	
<p><b>ML9b. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYÉ POUR LE</b> (NOM DE L'ANTIPALUDEEN A ML4 OU ML7) ?</p> <p>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au même antipaludéen mentionné ci-dessus à ML9A.</p>	<p>FCFA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Gratuit ..... 9996</p> <p>NSP ..... 9998</p>	
<p><b>ML9c. PENDANT COMBIEN DE TEMPS AVEZ-VOUS TRAITE</b> (nom) AVEC CE(S) MEDICAMENT(S) ?</p>	<p>Nombre de jours ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP ..... 98</p>	
<p><b>ML10. EST-CE QUE</b> (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIÈRE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>
<p><b>ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MÉNAGE POSSÈDE-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE ?</b></p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i></p> <p><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></p>	<p>Mois ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Plus de 24 mois ..... 95</p> <p>Pas sûre..... 98</p>	
<p><b>ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</b></p> <p><i>Si l'enquêtée ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer des images sur carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES:</p> <p><i>Permanet</i></p> <p><i>Olyset</i></p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES :</p> <p><i>Moustiquaires à re-imprégner</i></p> <p><i>Moustiquaires ordinaires Une autre Marque quelconque de</i></p>	<p>Moustiquaire permanente :</p> <p>PERMANET/ SÉRÉNA ..... 11</p> <p>OLYSET..... 12</p> <p>Autre moustiquaire :</p> <p>Moustiquaires à re-imprégner ..... 31</p> <p>Moustiquaires ordinaires..... 32</p>	<p>→ MODULE SUIVANT</p>



moustiquaire	Autre marque ..... 36 (à préciser) NSP Marque ..... 98	
<b>ML13.</b> QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ÉTAIT-ELLE TRAITÉE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ÉLOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP /pas sûre..... 8	
<b>ML14.</b> DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA MOUSTIQUAIRE, EST-CE QUE VOUS L'AVEZ TREMPÉE OU PLONGÉE DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ÉLOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	<input type="checkbox"/> → MODULE SUIVANT
<b>ML15.</b> 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 traitée il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i>	Mois ..... <input type="text"/> <input type="text"/> Plus de 24 mois ..... 95 Pas sûre/NSP ..... 98	

MODULE SUR LA VACCINATION IM											
Si une carte de vaccination est disponible, copiez 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.											
<b>IM1.Y A-T-IL UNE CARNET DE VACCINATION POUR (nom)?</b>				Oui, vu ..... 1 Oui, pas vu ..... 2 Non ..... 3			IM10				
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet ou de la carte. 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 À LA NAISSANCE	VPO0										
IM3B. POLIO 1	VPO1										
IM3C. POLIO 2	VPO2										
IM3D. POLIO 3	VPO3										
IM4A. DTCOQ1	DPCOQ1										
IM4B. DTCOQ2	DPCOQ2										
IM4C. DTCOQ3	DPCOQ3										
IM4D. IMOVAX1/GENHEVAC	IMOVAX1/GENHEVAC										
IM4E. IMOVAX2/GENHEVAC	IMOVAX2/GENHEVAC										
IM4F. IMOVAX3/GENHEVAC	IMOVAX3/GENHEVAC										
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)	ROUGEOLE										
IM7. FIÈVRE -JAUNE	FJ										
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1										
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2										
IM8C. VITAMINE A (3)	VITA3										
<b>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?</b>				Oui ..... 1 (Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B). Non ..... 2 NSP ..... 8			IM19				
Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCOQ 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.											
<b>IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?</b>				Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8			IM19				
<b>IM11. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-À-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE QUI LAISSE, GÉNÉRALEMENT, UNE CICATRICE?</b>				Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8							
<b>IM12. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE VACCINATION SOUS FORME « DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTÉGER DES MALADIES - COMME LA POLIO ?</b>				Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8			IM15				
<b>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 ?</b>				Juste après la naissance (dans les 2 semaines) ..... 1 Plus tard ..... 2							
<b>IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ÉTÉ DONNÉ ?</b>				Nombre de fois ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
<b>IM15. EST-CE QUE (nom) A REÇU UNE « VACCINATION DTCOQ » - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE À LA CUISSE OU AU BRAS POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LE TÉTANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTÉRIE ? (DONNÉE QUELQUEFOIS EN MÊME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).</b>				Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8			IM17				
<b>IM16. COMBIEN DE FOIS ?</b>				Nombre de fois ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							

<b>IM17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS À L'ÂGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI ÉVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui ..... Non ..... NSP .....																	
<b>IM18</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE » - C'EST-À-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ? (DONNEE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui ..... Non ..... NSP .....																	
<b>IM19.</b> S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI, SI ( <i>nom</i> ) A PARTICIPÉ À L'UNE DES JOURNÉES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNÉES DE LA SANTÉ DE L'ENFANT ? :  IM19A. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 13-16 MAI 2005 IM19B. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 15-18 NOVEMBRE 2005 IM19C. JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION DU 16-19 DECEMBRE 2005	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">O   N</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>du 13-16 mai 2005.....</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1   2</i></td> </tr> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>du 15-18 novembre 2005.....</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1   2</i></td> </tr> <tr> <td><i>Journées Nationales de Vaccination</i></td> <td></td> </tr> <tr> <td><i>du 16-19 Décembre 2005.....</i></td> <td style="text-align: center;"><i>1   2</i></td> </tr> </table>		O   N		NSP	<i>Journées Nationales de Vaccination</i>		<i>du 13-16 mai 2005.....</i>	<i>1   2</i>	<i>Journées Nationales de Vaccination</i>		<i>du 15-18 novembre 2005.....</i>	<i>1   2</i>	<i>Journées Nationales de Vaccination</i>		<i>du 16-19 Décembre 2005.....</i>	<i>1   2</i>	
	O   N																	
	NSP																	
<i>Journées Nationales de Vaccination</i>																		
<i>du 13-16 mai 2005.....</i>	<i>1   2</i>																	
<i>Journées Nationales de Vaccination</i>																		
<i>du 15-18 novembre 2005.....</i>	<i>1   2</i>																	
<i>Journées Nationales de Vaccination</i>																		
<i>du 16-19 Décembre 2005.....</i>	<i>1   2</i>																	
<b>IM20.</b> Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardien(ne) ? <i>Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.</i>  <div style="text-align: center;">       Oui <input type="checkbox"/> → <i>Fin du présent questionnaire et puis passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'administrer à l'enfant éligible suivant</i>         Non. <input type="checkbox"/> → <i>Fin de l'interview. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Et passez à IM20A</i> </div>	<b>IM20A</b> Y a-t-il un autre enfant de moins de cinq ans qui vit dans le ménage ? <i>Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.</i>  <div style="text-align: center;">       Oui <input type="checkbox"/> → <i>Passer au QUESTIONNAIRE DE CES ENFANTS et procéder aux mesures anthropométriques</i>         Non. <input type="checkbox"/> → <i>Fin de l'interview dans le ménage. Remercier l'enquêté(e) de sa collaboration. Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE.</i> </div>																	

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).....	<div><div></div><div></div></div> , <div><div></div><div></div></div>
AN2. Taille de l'enfant.  Vérifier l'âge de l'enfant en UF11:  Enfant âgé de moins de 2 ans <input type="checkbox"/> → Mesure de la taille (en position allongée).  Enfant âgé de 2 ans ou plus. <input type="checkbox"/> → Mesure de la taille (en position debout).	Taille (cm) Position debout.....1 <div><div></div><div></div><div></div></div> , <div><div></div><div></div></div>  Taille (cm) Position couchée.....2 <div><div></div><div></div><div></div></div> , <div><div></div><div></div></div>	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code .....	<div><div></div><div></div></div>
AN4. Résultat des mesures.	Mesuré.....1 Absent .....2 Refus .....3  Autre (à préciser) .....6	

AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?  Oui <input type="checkbox"/> → Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant  Non. <input type="checkbox"/> → 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'Identification du Ménage.
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

EFH. ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN DE L'INTERVIEW	HEURE MINUTES <div><div></div><div></div></div> <div><div></div><div></div></div>
------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------

## OBSERVATIONS

UTILISEZ CET ESPACE POUR ENREGISTRER TOUTES LES OBSERVATIONS QUI PEUVENT AIDER A LA COMPREHENSION DES INFORMATIONS SUR CE MENAGE ENQUETE (INFORMATION SUR LES FEUILLES DES INTERVIEWS INDIVIDUELLES INCOMPLETES, NOMBRE DE VISITES, ETC.).

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE \_\_\_\_\_