

**ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES- MICS 5**  
**QUESTIONNAIRE MENAGE**

PANNEAU D'INFORMATIONS SUR LE MENAGE		HH
HH1. Numéro séquentiel de Grappe:    ___ ___	HH2. Numéro du ménage:                   ___ ___	
HH3. Nom et code de l'enquêteur/trice:	HH4. Nom et code du contrôleur/leuse:	
Nom _____	Nom _____	
HH4A. Nom et code du chef d'équipe :	HH5. Jour / Mois /Année de l'enquête:	
Nom _____	___ / ___ / 2014	
HH6. Milieu de Résidence:	HH7. Dia/Ydé/Région :	
Urbain.....1	Adamaoua=01, Centre=02, Douala=03, Est=04,	
Rural.....2	Extrême-Nord=05, Littoral=06, Nord=07,	
HH8. Ménage est sélectionné pour	Nord-Ouest=08, Ouest=09, Sud=10,	
enquête Homme                   Oui       1	Sud-Ouest=11, Yaoundé=12	
Non       2		
<p>NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS MENONS UNE ENQUETE CONCERNANT LA SITUATION DES ENFANTS, DES FAMILLES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 20 A 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES CONFORMEMENT A LA LOI N° 91/023 DU 16 DECEMBRE 1991 SUR LES RECENSEMENTS ET ENQUETES STATISTIQUES. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à HH18 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler 04 à HH9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>		
HH9. Résultat de l'enquête ménage:		
Rempli.....01		
Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite .....02		
Ménage entier absent pour une longue période.....03		
Refus.....04		
Logement vide/ Pas de logement à l'adresse .....05		
Logement détruit.....06		
Logement non trouvé.....07		
Autre (Préciser) .....96		
Une fois le questionnaire ménage rempli, saisir les informations suivantes:		
HH10. Répondant au questionnaire Ménage:		
Nom _____ Num.Ligne : _____		
HH11. Nbre Total membres du ménage: _____		
HH12. Nbre de femmes de 15-49 ans:..... _____		
Si ménage sélectionné pour enquête Homme:		
HH13A. Nbre d'hommes de 15-59 ans: . _____		
HH14. Nbre d'enfants moins de 5 ans: .... _____		
HH16. Nom et code du contrôleur de saisie :		
Nom _____		
Une fois tous les questionnaires du ménage remplis, saisir les informations suivantes:		
HH13. Nbre de questionnaires Femme remplis: _____		
Si ménage sélectionné pour enquête homme:		
HH13B. Nbre quest. Homme remplis:                   ___ ___		
HH15. Nbre de quest. moins de 5 ans remplis:   ___ ___		
HH17. Nom et code de l'agent de saisie		
Nom _____		



				Femmes de 15-49 ans	Hommes de 15-59 ans	Enfants de 0-4 ans	Enfants de 0-17 ans						Enfants de 0-14 ans			
HL1. Num de ligne	HL2. Nom <i>Ne lister que les personnes vivant habituellement dans le ménage, qu'elles soient présentes ou non en ce moment</i>	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE ?  <i>Voir codes</i>	HL4. (Norm) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ?  1 Masculin 2 Féminin	HL5. QUELLE EST LA DATE DE NAISSANCE DE (nom) ?  98 9998 NSP NSP	HL6. QUEL AGE A (nom) ?  <i>Noter en années révolues. Si âge égal ou supérieur à 95, inscrire '95'</i>	HL6A. EST-CE QUE (nom) A DORMI ICI LA NUIT DERNIERE ?  1 Oui 2 Non	HL7. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-49 ans	HL7A. Encercler num. de ligne si l'homme a entre 15-59 ans et si le ménage est sélectionné pour l'enquête homme	HL7B. Encercler num. de ligne si âge entre 0-4 ans	HL11. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANTE ?  1 Oui 2 Non 8 NSP HL13	HL12. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ?  Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL13. Si "Non" noter 00	HL12A. OU LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T-ELLE ?  1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans pays 3 Etranger 8 NSP	HL13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST VIVANT ?  1 Oui 2 Non 8 NSP HL15	HL14. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ?  Si "Oui" Noter son num. ligne et aller à HL15 Si "Non" noter 00	HL14A. OU LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) HABITE-T-IL ?  1 Autre ménage dans pays 2 Institution dans pays 3 Etranger 8 NSP	HL15. Enregistrer r num de ligne de la mère de HL12. Si HL12 est blanc ou "00", demander QUI EST LE/LA GARDIEN(NE)/PERS. EN CHARGE PRINCIPALE DE (nom) ?
Ligne	Nom	Relation	M F	Mois	Année	Age	O N	15-49	15-59	0-4	O N NSP	Mère	Père	O N NSP	Mère	
11		— — —	1 2	— — —	— — —	— — —	1 2	11	11	11	1 2 8	— — —	— — —	1 2 8	1 2 3 8	
12		— — —	1 2	— — —	— — —	— — —	1 2	12	12	12	1 2 8	— — —	— — —	1 2 8	1 2 3 8	
13		— — —	1 2	— — —	— — —	— — —	1 2	13	13	13	1 2 8	— — —	— — —	1 2 8	1 2 3 8	
14		— — —	1 2	— — —	— — —	— — —	1 2	14	14	14	1 2 8	— — —	— — —	1 2 8	1 2 3 8	
15		— — —	1 2	— — —	— — —	— — —	1 2	15	15	15	1 2 8	— — —	— — —	1 2 8	1 2 3 8	

Cocher si questionnaire supplémentaire utilisé ☐

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

Maintenant, pour chaque femme de 15-49 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Femme séparé. Pour chaque homme de 15-59 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne et les autres informations d'identification dans le panneau d'information d'un questionnaire Individuel Homme séparé. Pour chaque enfant de moins de 5 ans, enregistrer son nom, son numéro de ligne ET le numéro de ligne de sa mère ou de sa/son gardien(ne) dans le panneau d'information d'un questionnaire séparé pour les enfants de moins de 5 ans. Vous devez avoir maintenant un questionnaire séparé pour chaque femme éligible, chaque homme éligible et pour chaque enfant de moins de 5 ans du ménage.

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

EDUCATION				ED					
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus				Pour les membres du ménage de 5-24 ans					
ED1. Numéro de ligne	ED2. Nom et Age <i>A copier de HL2 et HL6</i>	ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA L'ECOLE OU L'ECOLE MATERIELLE?	ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT?	ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU?	ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE EN A-DIRE 2013-2014, (nom) EST-IL/ELLE ALLE A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE/A L'ECOLE MATERIELLE	ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE?	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, 2012-2013, (nom) EST-IL/ELLE ALLE(E) A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE/L'ECOLE MATERIELLE?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?	CODES CLASSE : ED4B, ED6 ET ED8
			Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP  Si niveau=0, passer à ED5	voir Codes Classe: 98 NSP  Si la 1 <sup>ère</sup> classe du niveau x n'est pas achevée, noter x0.		Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP  Si niveau=0, passer à ED7	Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP  Si niveau=0, aller à ligne suivante.		Primaire (Niveau=1) SIL/Class1 = 11 CP/Class2 = 12 CE1/Class3 = 13 CE2/Class4 = 14 CM1/Class5 = 15 CM2/Class6/Class7 = 16
									Secondaire (Niveau =2)
									6 <sup>ème</sup> / 1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21
									5 <sup>ème</sup> / 2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22
									4 <sup>ème</sup> / 3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23
									3 <sup>ème</sup> / 4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24
									2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25
									1 <sup>ère</sup> G ou T/Lower6 = 26
									1 <sup>re</sup> G ou T/Upper7 = 27
									Supérieur (Niveau =3)
									1 <sup>ère</sup> A / 1 <sup>st</sup> year = 31
									2 <sup>ème</sup> A / 2 <sup>nd</sup> year = 32
									3 <sup>ème</sup> A / 3 <sup>rd</sup> year = 33
									4 <sup>ème</sup> A / 4 <sup>th</sup> year = 34
									5 <sup>ème</sup> A ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35



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

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

Nombre total .....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numéro de rang .....

Numéro de ligne .....

Nom .....

Age .....

TRAVAIL DES ENFANTS		CL
<b>CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9:</b>  <input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2		
<b>CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE.</b>  DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT?  [A] EST-CE QUE (nom) A TRAVAILLE SUR SON PROPRE TERRAIN/FERME/POTAGER OU AIDE SUR CELUI DU MENAGE OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX. PAR EXEMPLE : FAIRE POUSSER DES PRODUITS DE LA FERME, LES RECOLTER, NOURRIR LES ANIMAUX, LES EMmener AU PATURAGE OU LES TRAIRE?  [B] EST-CE QUE (nom) A AIDE DANS L'ENTREPRISE FAMILIALE, CELLE D'AUTRES PARENTS/AMIS AVEC OU SANS PAIEMENT OU A TRAVAILLE DANS SA PROPRE ENTREPRISE ?  [C] EST-CE QUE (nom) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ?  [D] DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) A-T-IL/ELLE ETE ENGAGE(E) DANS N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE EN ECHANGE DE PAIEMENT EN ESPECES OU EN NATURE, MEME POUR UNE SEULE HEURE?  Si "Non", Insister :  SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (nom) A PU FAIRE COMME EMPLOYE REGULIER OU OCCASIONNEL, POUR SA PROPRE ENTREPRISE OU COMME EMPLOYEUR, OU COMME TRAVAILLEUR FAMILIAL NON PAYE POUR AIDER DANS LES AFFAIRES DU MENAGE OU A LA FERME.	1=O 2=N  A travaillé sur terrain/ferme/potager ou s'est occupé des animaux ..... 1 2  A aidé dans entreprise familiale/d'un autre parent/ami/dans sa propre affaire ..... 1 2  A produit/vendu des articles/de l'artisanat/ des vêtements/nourriture ou des produits agricoles ..... 1 2  Toute autre activité ..... 1 2	
<b>CL3. Vérifier CL2, A à D</b>  <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4  <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8		
<b>CL4. DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (nom) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES?</b>  Si moins d'une heure, noter 00	Nombre d'heures .....	

<b>CL4A.</b> EST-CE QUE CETTE (CES) ACTIVITES REALISEE (S) A (ONT) ETE EFFECTUEE (S) PAR (nom) LE JOUR SEULEMENT, LA NUIT SEULEMENT OU LE JOUR ET LA NUIT ?	Jour seulement ..... 1 Nuit seulement ..... 2 Jour et nuit ..... 3	
<b>CL5.</b> EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE PORTER DES CHARGES LOURDES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ CL8
<b>CL6.</b> EST-CE QUE CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES NECESSITE(NT) DE TRAVAILLER AVEC DES OUTILS DANGEREUX (COUTEAUX, ETC.) OU DE FAIRE FONCTIONNER DES GROSSES MACHINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ CL8
<b>CL7.</b> COMMENT DECRIRIEZ-VOUS L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL DE (nom)?  [A] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A LA POUSSIERE/FUMEES OU GAZ ?  [B] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE AU FROID, A LA CHALEUR OU A DE L'HUMIDITE EXTREME?  [C] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES BRUITS INTENSES OU DES VIBRATIONS?  [D] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A UN TRAVAIL EN HAUTEUR ?  [E] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A DES PRODUITS CHIMIQUES (PESTICIDES, COLLES, ETC.) OU A DES EXPLOSIFS?  [F] EST-CE QUE (nom) EST EXPOSE A D'AUTRES CHOSES, PROCEDES OU CONDITIONS MAUVAISES POUR SA SANTE OU SA SECURITE?	Oui ..... 1 Non ..... 2  Oui ..... 1 Non ..... 2  Oui ..... 1 Non ..... 2  Oui ..... 1 Non ..... 2  Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ CL8  1 ⇒ CL8  1 ⇒ CL8  1 ⇒ CL8  1 ⇒ CL8
<b>CL8.</b> DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, (nom) EST-IL /ELLE ALLE CHERCHER DE L'EAU OU RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ CL10
<b>CL9.</b> AU TOTAL, DEPUIS (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL/ELLE PASSE A CHERCHER DE L'EAU OU A RAMASSER DU BOIS POUR LE MENAGE ?  Si moins d'une heure, enregistrer "00"	Nombre d'heures ..... _ _	

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

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

CARACTERISTIQUES DES MENAGES		HC
<b>HC1A.</b> QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MENAGE ?	Catholique ..... 1 Protestant ..... 2 Autre chrétien ( <i>Préciser</i> ) ..... 3 Musulman ..... 4 Animiste ..... 5  Autre religion (Non chrétien) ( <i>préciser</i> ) ..... 6 .....  Pas de religion ..... 7	
<b>HC1C.</b> À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MENAGE APPARTIENT-IL ?  <i>Préciser l'ethnie ci-dessous avant d'encrer le code correspondant</i> .....	Arabe-Choa/Peulh/Haoussa/Kanuri ..... 01 Biu-Mandara ..... 02 Adamaoua-Oubangui ..... 03 Bantoïde Sud-Ouest ..... 04 Grassfields/Nord-Ouest ..... 05 Bamiléké/Bamoun ..... 06 Côtier/Ngoe/Okoro ..... 07 Beti/Bassa/Mbam ..... 08 Kako/Maka/Pygmée ..... 09  Etranger ..... 10  Autre groupe ethnique du Cameroun ..... 96	
<b>HC2.</b> DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces .....	
<b>HC3.</b> <i>Principal matériau du sol</i>  <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable ..... 11 Bouse ..... 12 Matériau rudimentaire Planche en bois ..... 21 Palmes/bam bou ..... 22 Matériau fini Parquet ou bois ciré ..... 31 Vinyle ou asphalte ..... 32 Carrelage ..... 33 Ciment ..... 34 Moquette ..... 35  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 96	
<b>HC4.</b> <i>Principal matériau du toit</i>  <i>Enregistrer l'observation</i>	Matériau naturel Pas de toit ..... 11 Chaume/feuille de palmier ..... 12 Herbes ..... 13 Matériau rudimentaire Natte ..... 21 Palmes / Bambou ..... 22 Planches en bois ..... 23 Carton ..... 24 Matériau fini Métal/Tôle ..... 31 Bois ..... 32 Zinc / Fibre de ciment ..... 33 Tuiles ..... 34 Ciment ..... 35 Shingles ..... 36  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 96	



<p><b>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</b></p> <p><i>Enregistrer l'observation.</i></p>	<p>Matériau naturel</p> <p>Pas de murs ..... 11</p> <p>Canne / Palmes / Bambou/ troncs ..... 12</p> <p>Mottes de terre avec déchets..... 13</p> <p>Matériau rudimentaire</p> <p>Bambou avec boue ..... 21</p> <p>Pierre avec boue ..... 22</p> <p>Adobe non recouvert..... 23</p> <p>Contre-plaqué ..... 24</p> <p>Carton..... 25</p> <p>Bois de récupération ..... 26</p> <p>Matériau fini</p> <p>Ciment ..... 31</p> <p>Pierre avec chaux/ciment ..... 32</p> <p>Briques ..... 33</p> <p>Blocs de ciment ..... 34</p> <p>Adobe recouvert ..... 35</p> <p>Planches de bois/shingles..... 36</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... 96</p>	
<p><b>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS <u>PRINCIPALEMENT</u> POUR LA CUISINE ?</b></p>	<p>Électricité..... 01</p> <p>Gaz propane liquéfié (GPL)..... 02</p> <p>Gaz naturel ..... 03</p> <p>Biogaz ..... 04</p> <p>Pétrole lampant..... 05</p> <p>Charbon / Lignite..... 06</p> <p>Charbon de bois ..... 07</p> <p>Bois..... 08</p> <p>Paille/branchages/herbes ..... 09</p> <p>Bouse..... 10</p> <p>Résidus agricoles ..... 11</p> <p>Sciure/Copeau de bois ..... 12</p> <p>Pas de repas préparé dans le ménage .... 95</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... 96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>03⇒HC8</p> <p>04⇒HC8</p> <p>05⇒HC8</p> <p>95⇒HC8</p>
<p><b>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?</b></p> <p><i>Si 'Dans la maison', insister:</i></p> <p>EST-ELLE FAITE DANS UNE PIÈCE SEPARÉE UTILISÉE COMME CUISINE ?</p>	<p>Dans la maison</p> <p>Dans une pièce séparée utilisée comme cuisine ..... 1</p> <p>Ailleurs dans la maison ..... 2</p> <p>Dans un bâtiment séparé ..... 3</p> <p>À l'extérieur..... 4</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... 6</p>	

<b>HC8. DANS VOTRE MENAGE AVEZ-VOUS :</b>  [A] L'ELECTRICITE? [B] UN POSTE RADIO? [C] UN TELEVISEUR ? [D] UN TELEPHONE FIXE ? [E] UN REFRIGERATEUR/CONGELATEUR? [F] UN ORDINATEUR? [G] UN CLIMATISEUR? [H] UNE CUISINIERE/RECHAUD? [I] UNE CONNEXION INTERNET? [J] UNE CONNEXION A UN CABLE TELE/RESEAU SATELLITE? [K] UN VENTILATEUR ? [L] UN MIXEUR/UNE MOULINETTE? [M] UN FER A REPASSER ? [N] UN GROUPE ELECTROGENE/GENERATEUR ? [O] UNE POMPE A EAU?	<div style="text-align: right;">Oui    Non</div> Electricité..... 1    2 Radio ..... 1    2 Téléviseur..... 1    2 Téléphone fixe ..... 1    2 Réfrigérateur..... 1    2 Ordinateur ..... 1    2 Climatiseur ..... 1    2 Cuisinière/Réchaud ..... 1    2 Connexion internet ..... 1    2 Connexion câble télé/satellite..... 1    2 Ventilateur ..... 1    2 Mixeur/Moulinette ..... 1    2 Fer à repasser ..... 1    2 Groupe électrogène/Générateur ..... 1    2 Pompe à eau ..... 1    2	
<b>HC9. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</b>  [A] UNE MONTRE ? [B] UN TELEPHONE MOBILE ? [C] UNE BICYCLETTE? [D] UNE MOTO OU UN SCOOTER ? [E] UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL ? [F] UNE VOITURE OU UN CAMION ? [G] UN BATEAU A MOTEUR ?	<div style="text-align: right;">Oui    Non</div> Montre..... 1    2 Téléphone mobile..... 1    2 Bicyclette..... 1    2 Moto / Scooter ..... 1    2 Charrette avec animal..... 1    2 Voiture/Camion ..... 1    2 Bateau à moteur ..... 1    2	
<b>HC10. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE VIVANT DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CE LOGEMENT ?</b> <i>Si "Non", demander :</i> LOUEZ-VOUS CE LOGEMENT DE QUELQU'UN QUI NE VIT PAS DANS CE MENAGE ?  <i>Si "Loué de quelqu'un d'autre", encercler "2".  Pour les autres réponses encercler "6".</i>	Propriétaire ..... 1 Location ..... 2  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 6	
<b>HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE UTILISEE POUR L'AGRICULTURE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒HC13

<p><b>HC12.</b> COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</p> <p><i>NB. 1ha=10 000m<sup>2</sup>=100mx100m=200mx50m</i></p> <p><i>Si moins de 0,5 ha, enregistrer '00'. Si 95ha ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i></p>	<p>Hectares..... __ __</p>	
<p><b>HC13.</b> EST-CE QUE CE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, DES TROUPEAUX, D'AUTRES ANIMAUX DE FERME OU DE LA VOLAILLE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>2⇒HC15</p>
<p><b>HC14.</b> PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE :</p> <p>[A] TETES DE BETAIL, VACHES LAITIERES, OU TAUREAUX ?</p> <p>[B] CHEVAUX, ANES OU MULES ?</p> <p>[C] CHEVRES ?</p> <p>[D] MOUTONS ?</p> <p>[E] POULETS ?</p> <p>[F] PORCS ?</p> <p>[G] AUTRES VOLAILLE (CANARD, PINTADE, PIGEON, ETC.)</p> <p>[X] AUTRES ANIMAUX D'ELEVAGE (LAPINS, COCHONS-DINDE, ETC.) <i>Précisez</i> _____ ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i></p>	<p>Têtes de bétail, vaches laitières ou taureaux..... __ __</p> <p>Chevaux, ânes ou mules ..... __ __</p> <p>Chèvres..... __ __</p> <p>Moutons ..... __ __</p> <p>Poulets ..... __ __</p> <p>Porcs..... __ __</p> <p>Autre volaille (canard, pintade, pigeon, etc.) ..... __ __</p> <p>Autres animaux d'élevage ..... __ __</p>	
<p><b>HC15.</b> EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	
<p><b>HC16.</b> EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE DANS UN ETABLISSEMENT DE MICRO-FINANCE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	

MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE		TN
<b>TN1.</b> EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui .....1 Non.....2	2⇒ Module suivant
<b>TN2.</b> COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires ..... ____ ____	
<b>TN3.</b> Demander à l'enquête de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 <sup>ère</sup> Moustiquaire	2 <sup>ème</sup> Moustiquaire	3 <sup>ème</sup> Moustiquaire
<b>TN4.</b> Moustiquaire observée?	Observée.....1 Non observée .....2	Observée.....1 Non observée .....2	Observée.....1 Non observée .....2
<b>TN5.</b> Observer ou demander la marque/type de moustiquaire  <i>Si la marque n'est pas connue et que vous ne pouvez pas observer la moustiquaire, montrer à l'enquête(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET .....11 PERMANET .....12 Autre (Préciser) .....16 NSP marque .....18  Moustiquaires pré qualifiées DURANET .....21 INTERCEPTOR.....22 NET PROTECT .....23 Autre (Préciser) .....26 NSP marque .....28  Autre moustiquaire (Préciser) .....36 NSP marque / type .....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET .....11 PERMANET .....12 Autre (Préciser) .....16 NSP marque .....18  Moustiquaires pré qualifiées DURANET .....21 INTERCEPTOR.....22 NET PROTECT .....23 Autre (Préciser) .....26 NSP marque .....28  Autre moustiquaire (Préciser) .....36 NSP marque / type .....98	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET .....11 PERMANET .....12 Autre (Préciser) .....16 NSP marque .....18  Moustiquaires pré qualifiées DURANET .....21 INTERCEPTOR.....22 NET PROTECT .....23 Autre (Préciser) .....26 NSP marque .....28  Autre moustiquaire (Préciser) .....36 NSP marque / type .....98
<b>TN6.</b> DEPUIS COMBIEN DE MOIS VOTRE MENAGE A-T-IL CETTE MOUSTIQUAIRE?  <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'</i>	Mois....._____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois....._____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois....._____ Plus de 36 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98
<b>TN7.</b> Vérifier TN5 pour le type de moustiquaire	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Pré qualifiée (21-28) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Pré qualifiée (21-28) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer	<input type="checkbox"/> Longue durée (11-18) ⇒ TN11  <input type="checkbox"/> Pré qualifiée (21-28) ⇒ TN9  <input type="checkbox"/> Autre ⇒ Continuer
<b>TN8.</b> QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE DEJA TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûr.....8



EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
WS1. D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU QUE BOIVENT LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Robinet	
	Dans le logement ..... 11	11⇒WS6
	Dans la concession, cour ou parcelle .. 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine ..... 14	14⇒WS3
	Puits à pompe, Forage..... 21	21⇒WS3
	Puits creusé	
	Puits protégé ..... 31	31⇒WS3
	Puits non protégé..... 32	32⇒WS3
	Eau de source	
	Source protégée ..... 41	41⇒WS3
	Source non protégée..... 42	42⇒WS3
	Eau de pluie ..... 51	51⇒WS3
	Camion-citerne ..... 61	61⇒WS3
	Charrette avec petite citerne / tonneau..... 71	71⇒WS3
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) ..... 81	81⇒WS3
	Eau en bouteille ..... 91	
Eau en sachet ..... 92		
Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 96	96⇒WS3	
WS2. D'OU PROVIENT <u>PRINCIPALEMENT</u> L'EAU UTILISEE PAR VOTRE MENAGE POUR D'AUTRES CHOSES COMME CUISINER ET SE LAVER LES MAINS ?	Robinet	
	Dans le logement ..... 11	11⇒WS6
	Dans la concession, cour ou parcelle .. 12	12⇒WS6
	Robinet du voisin ..... 13	13⇒WS6
	Robinet public / Borne fontaine ..... 14	
	Puits à pompe, Forage..... 21	
	Puits creusé	
	Puits protégé ..... 31	
	Puits non protégé..... 32	
	Eau de source	
	Source protégée ..... 41	
	Source non protégée..... 42	
	Eau de pluie ..... 51	
	Camion-citerne ..... 61	
	Charrette avec petite citerne / tonneau..... 71	
	Eau de surface (rivière, fleuve, barrage, lac, mare, canal, canal d'irrigation) ..... 81	
	Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 96	
WS3. OU CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT EN EAU EST-ELLE SITUÉE ?	Dans le logement ..... 1	1⇒WS6
	Dans la cour / parcelle ..... 2	2⇒WS6
	Ailleurs ..... 3	
WS4. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR S'Y RENDRE, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes ..... _ _ _	
	NSP..... 998	



<b>WS5.</b> QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ?  <i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?	Femme adulte (de 15 ans ou plus)..... 1 Homme adulte (de 15 ans ou plus) ..... 2 Jeune fille (moins de 15 ans)..... 3 Jeune garçon (moins de 15 ans)..... 4  NSP..... 8	
<b>WS6.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS SAINNE AVANT DE LA BOIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP..... 8	2⇒ WS8  8⇒ WS8
<b>WS7.</b> HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINNE ?  <i>Insister :</i> AUTRE CHOSE?  <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	La faire bouillir..... A Y ajouter de l'eau de Javel / chlore ..... B La filtrer à travers un linge ..... C Utiliser un filtre (céramique, sable, composite, etc.) ..... D Désinfection solaire ..... E La laisser reposer ..... F  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<b>WS8.</b> HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?  <i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ?  <i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i>	Chasse d'eau avec ou sans réservoir d'eau Connectée à système d'égouts ..... 11 Connectée à fosse septique..... 12 Reliée à des latrines..... 13 Reliée à autre chose ..... 14 Reliée à endroit inconnu/pas sûr/ NSP où..... 15 Fosses/latrines Latrines améliorées ventilées (LAV) .... 21 Latrines à fosses avec dalle..... 22 Latrines à fosses sans dalle/trou ouvert 23  Toilettes à compostage ..... 31 Seaux/Tinette ..... 41 Toilettes/latrines suspendues ..... 51  Pas de toilettes, nature ..... 95 Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... 96	95⇒ Module suivant
<b>WS9.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>WS10.</b> PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES SEULEMENT AVEC DES MEMBRES D'AUTRES MENAGES QUE VOUS CONNAISSEZ, OU EST-CE QUE N'IMPORTE QUI PEUT UTILISER CES TOILETTES ?	Autres ménages seulement (pas publiques) 1  Toilettes publiques..... 2	2⇒ Module suivant
<b>WS11.</b> AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?	Nombre de ménages (si moins de 10).. 0 ____  Dix ménages ou plus ..... 10 NSP..... 98	

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

<b>HH19.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes .....	
-----------------------------------	------------------------	--

IODATION DU SEL		SI
<p><b>SI1.</b> NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE AVOIR UN ECHANTILLON DE SEL UTILISE POUR PREPARER LES REPAS DE VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Une fois le sel testé, encercler le code qui correspond au résultat du test.</i></p>	<p>Pas iodé - 0 PPM ..... 1</p> <p>Plus de 0 PPM et moins de 15 PPM ..... 2</p> <p>15 PPM ou plus ..... 3</p> <p>Pas de sel dans le ménage..... 4</p> <p>Sel non testé (Précisez la raison)..... 5</p>	

**HH20.** Remercier le/la répondant(e) pour sa coopération et vérifier la liste d'enregistrement des membres du ménage :

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME séparé a été préparé pour chaque femme de 15-49 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7)

Vérifier HH8. Si le ménage a été sélectionné pour un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME séparé a été préparé pour chaque homme de 15-59 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7A)

☐ Un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL ENFANT séparé a été préparé pour chaque enfant de moins de 5 ans qui figure dans la liste des membres du ménage (HL7B)

Retourner à la page de couverture et assurez-vous que le résultat de l'enquête ménage (HH9), le nom et le numéro de ligne du répondant au questionnaire ménage (HH10) et le nombre de femmes éligibles (HH12), d'hommes éligibles (HH13A) et d'enfants de moins de 5 ans (HH14) sont enregistrés.

Faire les arrangements nécessaires pour l'administration des questionnaires qui restent à faire dans ce ménage.

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations de la contrôlease/ du contrôleur de terrain**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du superviseur**

**ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES- MICS 5**  
**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.		
WM1. Numéro séquentiel de Grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme: _____	
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / 2014	

*Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:*  
NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UNE ENQUÊTE CONCERNANT LA SANTÉ ET LA SITUATION DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES MÉNAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 À 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

*Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:*  
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 À 45 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

- ☐ Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.
- ☐ Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.

WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli .....	01
	Pas à la maison .....	02
	Refusé .....	03
	Partiellement rempli .....	04
	Incapacité .....	05
Autre (Préciser) _____		96

WM8. Contrôleuse/Contrôleur de terrain (Nom et code):  Nom _____	WM9. Agent de saisie (Nom et code) :  Nom _____
---	---

<b>WM10.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... : ..	
-----------------------------------	-----------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB																																
<b>WB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois..... NSP mois..... 98  Année ..... NSP année..... 9998																																	
<b>WB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparer et corrigerWB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues) .....																																	
<b>WB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒WB7																																
<b>WB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle..... 0 Primaire..... 1 Secondaire ..... 2 Supérieur..... 3	0⇒WB7																																
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHIEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrire "x0".</i>	Année/classe .....																																	
<b>CODES WB5</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAU</th> <th>PRIMAIRE (NIVEAU=1)</th> <th>SECONDAIRE (NIVEAU=2)</th> <th>SUPERIEUR (NIVEAU=3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLASSE</td> <td>SIL/Class1 = 11</td> <td>6<sup>ème</sup>/1<sup>ère</sup> A/Form1 = 21</td> <td>1<sup>ère</sup> année/1<sup>st</sup> year = 31</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CP/Class2 = 12</td> <td>5<sup>ème</sup>/2<sup>ème</sup> A/Form2 = 22</td> <td>2<sup>ème</sup> année/2<sup>nd</sup> year = 32</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CE1/Class3 = 13</td> <td>4<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup> A/Form3 = 23</td> <td>3<sup>ème</sup> année/3<sup>rd</sup> year = 33</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CE2/Class4 = 14</td> <td>3<sup>ème</sup>/4<sup>ème</sup> A/Form4 = 24</td> <td>4<sup>ème</sup> année/4<sup>th</sup> year = 34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CM1/Class5 = 15</td> <td>2<sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25</td> <td>5<sup>ème</sup> année ou plus/5<sup>th</sup> year or more = 35</td> </tr> <tr> <td></td> <td>CM2/Class6/Class7 = 16</td> <td>1<sup>ère</sup> G ou T/Lower6 = 26</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>1<sup>re</sup> G ou T/Upper7 = 27</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			NIVEAU	PRIMAIRE (NIVEAU=1)	SECONDAIRE (NIVEAU=2)	SUPERIEUR (NIVEAU=3)	CLASSE	SIL/Class1 = 11	6 <sup>ème</sup> /1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21	1 <sup>ère</sup> année/1 <sup>st</sup> year = 31		CP/Class2 = 12	5 <sup>ème</sup> /2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22	2 <sup>ème</sup> année/2 <sup>nd</sup> year = 32		CE1/Class3 = 13	4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23	3 <sup>ème</sup> année/3 <sup>rd</sup> year = 33		CE2/Class4 = 14	3 <sup>ème</sup> /4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24	4 <sup>ème</sup> année/4 <sup>th</sup> year = 34		CM1/Class5 = 15	2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25	5 <sup>ème</sup> année ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35		CM2/Class6/Class7 = 16	1 <sup>ère</sup> G ou T/Lower6 = 26				1 <sup>re</sup> G ou T/Upper7 = 27	
NIVEAU	PRIMAIRE (NIVEAU=1)	SECONDAIRE (NIVEAU=2)	SUPERIEUR (NIVEAU=3)																															
CLASSE	SIL/Class1 = 11	6 <sup>ème</sup> /1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21	1 <sup>ère</sup> année/1 <sup>st</sup> year = 31																															
	CP/Class2 = 12	5 <sup>ème</sup> /2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22	2 <sup>ème</sup> année/2 <sup>nd</sup> year = 32																															
	CE1/Class3 = 13	4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23	3 <sup>ème</sup> année/3 <sup>rd</sup> year = 33																															
	CE2/Class4 = 14	3 <sup>ème</sup> /4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24	4 <sup>ème</sup> année/4 <sup>th</sup> year = 34																															
	CM1/Class5 = 15	2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25	5 <sup>ème</sup> année ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35																															
	CM2/Class6/Class7 = 16	1 <sup>ère</sup> G ou T/Lower6 = 26																																
		1 <sup>re</sup> G ou T/Upper7 = 27																																
<b>WB6.</b> Vérifier WB4:  <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> Primaire (WB4 = 1) ⇒ Continuer avec WB7																																		
<b>WB7.</b> J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i>  POUEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties ..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3  Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée ..... 4 (Preciser langue)  A veugle/problème de vue ..... 5																																	



ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
<b>MT1. Vérifier WB7:</b> <input type="checkbox"/> Question laissée vide (la répondante a fait des études secondaires ou supérieures) ⇨ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇨ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇨ Passer à MT3		
<b>MT2.</b> A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT3.</b> ECOUTEZ-VOUS LA RADIO PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT4.</b> A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante ?</b> <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇨ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇨ Passer au module suivant		
<b>MT6.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ MT9
<b>MT7.</b> AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ MT9
<b>MT8.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT9.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant
<b>MT10.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET?  <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation d'Internet quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant
<b>MT10A.</b> OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?  AUTRE LIEU?  <i>Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités</i>	A domicile ..... A Au lieu de travail ..... B Au lieu d'études ..... C Au domicile d'un autre particulier ..... D Au cyber café/ Installation commerciale d'accès à Internet ..... E Installation communautaire d'accès à Internet (télécentre communautaire, etc.) ..... F N'importe où via un téléphone mobile ..... G N'importe où via d'autres appareils mobiles (tablettes, etc.) ..... H Autre (Préciser) ..... X	
<b>MT11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	

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

# HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première que vous avez eue. Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplets sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

BH	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.	BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.	BH10.
	Quel prénom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?	Parmi ces naissances y avait-il des jumeaux?	(Nom) est un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (nom)? <i>Insister: Quelle est sa date de naissance?</i>	(Nom) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire saire ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	Est-ce que (nom) habite avec vous ?	Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de BH1 du questionnaire ménage) <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	Si décédé : Quel âge avait (nom) quand il/elle est décédé(e) ?  Si "1 an", insister: Quel âge avait (nom) en mois? <i>Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (nom de la naissance précédente) et (nom), y compris un enfant mort juste après la naissance?
Ligne	Nom	S M	G F	Mois Année	O N	Age	O N	N° de ligne	Unité	Nombre
01		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ Ligne suivante	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	— — — —
02		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
03		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
04		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
05		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
06		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
07		1 2	1 2	— — — —	1 2 ↓ BH9	— — — —	1 2	— — — — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.

BH RANG DE NAIS- SAN- CE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?		BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)?  Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ?  Enregistrer l'âge en années révolues.	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?  1 Oui 2 Non	BH8. Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HL1 du questionnaire ménage)  Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?  Si "1 an", insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS?  Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?  1 Oui 2 Non					
			G	F	Mois	Année	O	N				Unité	Nombre	O		N				
Ligne	Nom	S M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	N° de ligne	Unité	Nombre	O	N				
08		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
09		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
10		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
11		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
12		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
13		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
14		1 2	1	2	—	—	1	2	—	1	2	—	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	—	1	2				
BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances) ?															Oui .....1		Non .....2		1 ⇒ Enregistrer dans l'historique	

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

☐ Les nombres sont les mêmes ⇒ Continuer avec CM13

☐ Les nombres sont différents ⇒ Insister et corriger

**CM13.** Vérifier BH4 pour la dernière naissance vivante. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis le mois de (**Mois de l'entretien**) **2012** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2012**, considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 2 dernières années).

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

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

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

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

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<b>DB1.</b> QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui .....1 Non.....2	1⇒ Module suivant
<b>DB2.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ?	Plus tard .....1 Pas d'enfant .....2	2⇒ Module suivant
<b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE ?  <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée.</i>	Mois..... 1 __ __ Années ..... 2 __ __ NSP ..... 998	



SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN												
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>														
<b>MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE(nom) ?</b>  <i>Insister sur le fait qu'il s'agit de soins visant spécifiquement à contrôler l'évolution de la grossesse et non pour d'autres raisons.</i>	Oui .....1  Non.....2	2⇒ MN5												
<b>MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ?</b>  <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?  <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin ..... A IS/IDEA/Infirmier(e)/sage-femme ..... B IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage-femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C Aide soignant(e) ..... D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G  Autre (Préciser) ..... X													
<b>MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ?</b>  <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines .....1 __ __  Mois .....2 0 __  NSP ..... 998													
<b>MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</b>  <i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i>	Nombre de fois ..... __ __  NSP ..... 98													
<b>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</b>  [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?  [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?  [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement d'urine .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension .....	1	2	Prélèvement d'urine .....	1	2	Prélèvement sanguin .....	1	2	
	Oui	Non												
Tension .....	1	2												
Prélèvement d'urine .....	1	2												
Prélèvement sanguin .....	1	2												
<b>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</b>  PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?  <i>Si un carnet/document est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu) .....1 Oui (carnet non vu) .....2 Non .....3  NSP .....8													
<b>MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-À-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?</b>	Oui .....1  Non .....2  NSP .....8	2⇒ MN9  8⇒ MN9												
<b>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</b>  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... __  NSP .....8	8⇒ MN9												

<b>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse ⇒ Aller à MN12</i> <input type="checkbox"/> <i>Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇒ Continuer avec MN9</i>		
<b>MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ MN12 8 ⇒ MN12
<b>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ?</b>  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... NSP ..... 8	8 ⇒ MN12
<b>MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?</b>  <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a ..... années .....	
<b>MN12. Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec MN13</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de soins prénatals ⇒ Aller à MN17</i>		
<b>MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR <u>ÉVITER</u> DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ MN17 8 ⇒ MN17
<b>MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</b>  <i>Encercler tous les médicaments pris à titre préventif contre le paludisme durant la grossesse. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer les images des antipaludiques courants à l'enquête.</i>	SP / Fansidar ..... A Chloroquine/Nivaquine ..... B Autre (Préciser) ..... X NSP ..... Z	
<b>MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris :</b> <input type="checkbox"/> <i>SP / Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16</i> <input type="checkbox"/> <i>SP / Fansidar non pris ⇒ Aller à MN17</i>		
<b>MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?</b>  SVP, INCLURE TOUT SP/FANSIDAR QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRÉNATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTÉ OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois ..... NSP ..... 98	

<p><b>MN17.</b> QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin ..... A</p> <p>IS/IDEA/Infirmière / Sage-femme ..... B</p> <p>IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage-femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C</p> <p>Aide soignant(e) ..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle ..... F</p> <p>Agent de santé communautaire ..... G</p> <p>Parent(e) / Ami(e) ..... H</p> <p>Autre (Préciser) ..... X</p> <p>Personne ..... Y</p>	
<p><b>MN18.</b> OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée ..... 11</p> <p>Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital public ..... 21</p> <p>Centre de santé (CS/CS/PMI/Dispensaire) public. .... 22</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA). .... 24</p> <p>Autre public médical (Préciser) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé laïc ..... 30</p> <p>Hôpital privé confessionnel ..... 31</p> <p>Clinique privée laïque ..... 32</p> <p>Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire ..... 34</p> <p>Cabinet médical ..... 35</p> <p>Autre privé médical (Préciser) ..... 36</p> <p>Autre (Préciser) ..... 96</p>	<p>11⇒ MN20</p> <p>12⇒ MN20</p> <p>96⇒ MN20</p>
<p><b>MN19.</b> AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2⇒ MN20</p>
<p><b>MN19A.</b> QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</p> <p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?</p>	<p>Avant ..... 1</p> <p>Après ..... 2</p>	
<p><b>MN20.</b> QUAND (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros ..... 1</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>MN21.</b> (Nom) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒ MN23</p> <p>8⇒ MN23</p>

<b>MN22. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?</b>  <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé .....1 (kg) __ , __ __ __  De mémoire .....2 (kg) __ , __ __ __  NSP .....99998	
<b>MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?</b>	Oui ..... 1  Non ..... 2	
<b>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</b>  <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.          Si moins de 24 heures, noter en heures.          Autrement, noter en jours</i>	Immédiatement ..... 000  Heures ..... 1 __ __  Jours ..... 2 __ __  NSP/ Ne se rappelle pas ..... 998	
<b>MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) ?</b>  <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel) ..... A Eau ..... B Eau sucrée/eau glucosée ..... C Calmant pour coliques ..... D Solution eau salée/sucrée ..... E Jus de fruit ..... F Préparation pour bébé ..... G Thé / Infusions ..... H Miel ..... I  Autre (Préciser) ..... X	

**EXAMENS DE SANTE POST NATALS**
**PN**

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

*Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 ici \_\_\_\_\_.*

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

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

☐ Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 30-36) ⇒ Continuer avec PN2

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

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

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

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

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

*Autrement, noter en semaines.*

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

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

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

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

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

EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?

Oui ..... 1

Non ..... 2

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

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

Oui ..... 1

Non ..... 2

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

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

Oui ..... 1

Non ..... 2

1 ⇒ PN11

2 ⇒ PN16

<p><b>PN6.</b> Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p><b>PN7.</b> VOUS AVEZ DÉJÀ DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTÉ À L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (la ou les personnes à MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (nom) ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p>	
<p><b>PN8.</b> EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTRÔLÉ VOTRE SANTÉ AVANT SON/LEUR DÉPART?</p> <p>PAR CONTRÔLE DE SANTÉ, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTÉ, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTÉ OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p>	
<p><b>PN9.</b> APRÈS LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTRÔLÉ LA SANTÉ DE (nom)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p>	<p>1⇒ PN11</p> <p>2⇒ PN18</p>
<p><b>PN10.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTÉ DE (nom) APRÈS L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VÉRIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRÈS LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTRÔLÉ SA SANTÉ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p>	<p>2⇒ PN19</p>
<p><b>PN11.</b> CE CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois .....1</p> <p>Plus d'une fois .....2</p>	<p>1⇒ PN12A</p> <p>2⇒ PN12B</p>
<p><b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT LE CONTRÔLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><b>PN12B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRÈS L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTRÔLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures.</i>  <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i>  <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures .....1 _ _</p> <p>Jours .....2 _ _</p> <p>Semaines.....3 _ _</p> <p>NSP/ne se rappelle pas ..... 998</p>	

<b>PN13. QUI A CONTRÔLE LA SANTÉ DE (nom) À CE MOMENT-LÀ?</b>	Professionnel de la santé: Médecin ..... A IS/IDEA/Infirmier(e)/Sage-femme ..... B IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C Aide soignant(e) ..... D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent/Ami ..... H  Autre (Préciser) ..... X	
<b>PN14. OU A EU LIEU CE CONTRÔLE?</b>  <i>Insister pour déterminer le type d'endroit.</i>  <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i>  _____ (Nom du lieu)	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital public ..... 21 Centre de santé (CS/CS/PMI/Dispensaire) public ..... 22 Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ..... 24 Autre public médical (Préciser) ..... 26  Secteur médical privé Hôpital privé laïc ..... 30 Hôpital privé confessionnel ..... 31 Clinique privée laïque ..... 32 Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire ..... 34 Cabinet médical ..... 35 Autre médical privé (Préciser) ..... 36  Autre (Préciser) ..... 96	
<b>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</b>  <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 30-36) ⇒ Continuer avec PN16  <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17		
<b>PN16. APRÈS AVOIR QUITTÉ (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant
<b>PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?</b>  <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN18  <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (A-G pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN19		
<b>PN18. APRÈS L'ACCOUCHEMENT ET LE DÉPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINÉ VOTRE SANTÉ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant

<p><b>PN19.</b> APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE ?</p> <p>JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui .....1 Non.....2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>
<p><b>PN20.</b> CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?</p>	<p>Une fois .....1 Plus d'une fois .....2</p>	<p>1⇒ PN21A 2⇒ PN21B</p>
<p><b>PN21A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ?</p> <p><b>PN21B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures .....1 __ __ Jours .....2 __ __ Semaines.....3 __ __ NSP/ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>PN22.</b> QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin..... A IS/IDEA/Infirmier(e)/Sage-femme ..... B IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C Aide soignant(e)..... D</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent/Ami..... H</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....X</p>	
<p><b>PN23.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public Hôpital public .....21 Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public.....22 Centre Médical d'Arrondis- sement (CMA). .....24 Autre public médical (<i>Préciser</i>).....26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé laïc .....30 Hôpital privé confessionnel .....31 Clinique privée laïque .....32 Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire .....34 Cabinet médical .....35</p> <p>Autre médical privé(<i>Préciser</i>) .....36</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....96</p>	



**SYMPTOMES DES MALADIES**
**IS**

**IS1.** Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15 du questionnaire ménage.  
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?

☐ Oui ⇨ Continuer avec IS2.

☐ Non ⇨ Aller au Module suivant.

**IS2.** IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?

*Insister :*  
AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

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

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

L'enfant est incapable de boire ou de téter A  
L'état de l'enfant s'aggrave ..... B  
L'enfant devient fiévreux ..... C  
L'enfant respire rapidement ..... D  
L'enfant a des difficultés à respirer ..... E  
L'enfant a du sang dans les selles ..... F  
L'enfant boit difficilement ..... G

Autre (Préciser) ..... X

Autre (Préciser) ..... Y

Autre (Préciser) ..... Z

CONTRACEPTION		CP
<b>CP1.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUIJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.  ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui, actuellement enceinte ..... 1  Non ..... 2  Pas sûre ou NSP ..... 8	1⇒CP2A
<b>CP2.</b> CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.  EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui..... 1  Non ..... 2	1⇒CP3
<b>CP2A.</b> AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	Oui..... 1  Non ..... 2	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant
<b>CP3.</b> QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?  AUTRE METHODE ?  <i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i>	Stérilisation féminine ..... A Stérilisation masculine..... B DIU ..... C Injections..... D Implants ..... E Pilules ..... F Condom masculin ..... G Condom féminin..... H Diaphragme..... I Mousse/gelée ..... J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ..... K Abstinence périodique/Rythme ..... L Retrait ..... M  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... X	

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

<b>UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ➔ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ➔ Continuer avec UN10		
<b>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1 ➔ UN13  8 ➔ UN13
<b>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ÊTES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?</b>  <i>Insister : AUTRE RAISON ?</i>	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents ..... A Ménopause ..... B N'a jamais eu de règles ..... C Hystérectomie (utérus enlevé) ..... D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès ..... E Est en aménorrhée postpartum ..... F Allaité ..... G Trop âgée ..... H Fataliste ..... I  Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<b>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?</b> <input type="checkbox"/> Mentionné ➔ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ➔ Continuer avec UN13		
<b>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIÈRES RÈGLES ONT COMMENCÉ ?</b>  <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée</i>	Jours ..... 1 __ __ Semaines ..... 2 __ __ Mois ..... 3 __ __ Années ..... 4 __ __ Ménopausée / A eu une hystérectomie ..... 994 Avant la dernière grossesse ..... 995 N'a jamais eu de règles ..... 996	

MARIAGE/UNION		MA
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée ..... 1 Oui, vit avec un homme ..... 2 Non, pas en union ..... 3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ?  <i>Insister:</i> QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age en années ..... __ __ NSP..... 98	
<b>MA3.</b> EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL ?	Nombre..... __ __ NSP..... 98	⇒MA7 98⇒MA7
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, a été mariée ..... 1 Oui, a vécu avec un homme ..... 2 Non ..... 3	3⇒Module suivant
<b>MA5A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIEE OU VIVEZ-VOUS AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve ..... 1 Divorcée ..... 2 Séparée..... 3	
<b>MA7.</b> AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B
<b>MA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ?	Date du (premier) mariage Mois ..... __ __ NSPMois ..... 98	
<b>MA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Année..... __ __ __ __ NSPAnnée.....9998	⇒ Module suivant
<b>MA9.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age en années ..... __ __	

ATTITUDES ET PRATIQUE VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV																																																					
<b>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez-vous que vous êtes en privé avec l'enquêtée.</b>																																																							
<b>DV1.</b> PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?</td> <td>Sort sans le lui dire ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?</td> <td>Néglige les enfants ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?</td> <td>Dispute avec lui ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?</td> <td>Refuse les rapports sexuels ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?</td> <td>Brûle la nourriture ..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?</td> <td>Ne respecte pas ses ..... 1 beaux-parents</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES</td> <td>A des ami(es) jugé(es) ..... 1 peu recommandables</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?</td> <td>Ne s'habille pas à la ..... 1 convenance du mari</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire ..... 1	2	8	[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants ..... 1	2	8	[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui ..... 1	2	8	[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels ..... 1	2	8	[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture ..... 1	2	8	[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	Ne respecte pas ses ..... 1 beaux-parents	2	8	[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	A des ami(es) jugé(es) ..... 1 peu recommandables	2	8	[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?	Ne s'habille pas à la ..... 1 convenance du mari	2	8																		
	Oui	Non	NSP																																																				
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire ..... 1	2	8																																																				
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants ..... 1	2	8																																																				
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui ..... 1	2	8																																																				
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels ..... 1	2	8																																																				
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture ..... 1	2	8																																																				
[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	Ne respecte pas ses ..... 1 beaux-parents	2	8																																																				
[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	A des ami(es) jugé(es) ..... 1 peu recommandables	2	8																																																				
[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?	Ne s'habille pas à la ..... 1 convenance du mari	2	8																																																				
<b>DV2.</b> Vérifier MA1= 1 ou 2 ("Est actuellement mariée/en union") ou MA5A= 1 ("A été mariée/en union au cours des 12 derniers mois") encerclé ? <input type="checkbox"/> Encerclé ⇨ Continuer avec DV3 <input type="checkbox"/> Pas encerclé ⇨ Aller au module suivant																																																							
<b>DV3.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EST-CE QU'IL EST ARRIVE SOUVENT, PARFOIS OU JAMAIS QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE VOUS FASSE UNE DES CHOSES SUIVANTES:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Souvent</th> <th>Parfois</th> <th>Jamais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?</td> <td>Vous fasse quelque chose ..... 1 pour vous humilier</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?</td> <td>Vous menace méchamment ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSE?</td> <td>Vous insulte ou vous rabaisse ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?</td> <td>Vous bouscule, secoue ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[E] VOUS GIFLE?</td> <td>Vous gifle ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?</td> <td>Vous torde le bras ou ..... 1 tire les cheveux</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?</td> <td>Vous frappe à coups de poing ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAINE A TERRE?</td> <td>Vous donne des coups de pied .... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?</td> <td>Essaye de vous étrangler ..... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?</td> <td>Vous menace avec un couteau .... 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?</td> <td>Vous force physiquement à ..... 1 Avoir des rapports sexuels</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?</td> <td>Vous force à pratiquer des actes sexuels</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		Souvent	Parfois	Jamais	[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Vous fasse quelque chose ..... 1 pour vous humilier	2	3	[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?	Vous menace méchamment ..... 1	2	3	[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSE?	Vous insulte ou vous rabaisse ..... 1	2	3	[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?	Vous bouscule, secoue ..... 1	2	3	[E] VOUS GIFLE?	Vous gifle ..... 1	2	3	[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?	Vous torde le bras ou ..... 1 tire les cheveux	2	3	[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?	Vous frappe à coups de poing ..... 1	2	3	[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAINE A TERRE?	Vous donne des coups de pied .... 1	2	3	[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?	Essaye de vous étrangler ..... 1	2	3	[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	Vous menace avec un couteau .... 1	2	3	[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?	Vous force physiquement à ..... 1 Avoir des rapports sexuels	2	3	[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?	Vous force à pratiquer des actes sexuels	1	2	3	
	Souvent	Parfois	Jamais																																																				
[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Vous fasse quelque chose ..... 1 pour vous humilier	2	3																																																				
[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?	Vous menace méchamment ..... 1	2	3																																																				
[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSE?	Vous insulte ou vous rabaisse ..... 1	2	3																																																				
[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?	Vous bouscule, secoue ..... 1	2	3																																																				
[E] VOUS GIFLE?	Vous gifle ..... 1	2	3																																																				
[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?	Vous torde le bras ou ..... 1 tire les cheveux	2	3																																																				
[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?	Vous frappe à coups de poing ..... 1	2	3																																																				
[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAINE A TERRE?	Vous donne des coups de pied .... 1	2	3																																																				
[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?	Essaye de vous étrangler ..... 1	2	3																																																				
[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	Vous menace avec un couteau .... 1	2	3																																																				
[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?	Vous force physiquement à ..... 1 Avoir des rapports sexuels	2	3																																																				
[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?	Vous force à pratiquer des actes sexuels	1	2	3																																																			

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

<b>SB9.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>SB10.</b> QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?  <i>Insister pour vous assurer que la réponse fait référence au type de relation au moment du rapport sexuel.</i>  <i>Si 'petit ami', demander:</i> VIVEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari ..... 1 Partenaire cohabitant ..... 2 Petit ami ..... 3 Rencontre occasionnelle ..... 4  Autre(Préciser) ..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12  6⇒SB12
<b>SB11. Vérifier MA1 et MA7:</b>  <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒Aller à SB13  <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		
<b>SB12.</b> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel ..... NSP ..... 98	
<b>SB13.</b> MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒SB15
<b>SB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires .....	
<b>SB15.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?  <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i>  <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie ..... NSP ..... 98	



VIH/SIDA		HA
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.  AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	2⇒ Module suivant
<b>HA2.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA6.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA7.</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>HA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :  [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;"> Oui    Non    NSP </div> Au cours de la grossesse .....1    2    8 Pendant l'accouchement .....1    2    8 En allaitant .....1    2    8	
<b>HA8A.</b> Vérifier HA8[A], [B] et [C]:  <input type="checkbox"/> Toutes: 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9.  <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec HA8B.		
<b>HA8B.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	
<b>HA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend .....8	
<b>HA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non .....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend .....8	

<b>HA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8																					
<b>HA13.</b> Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?  <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇒ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14																						
<b>HA14.</b> Vérifier MN1: A reçu des soins prénatals ?  <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24																						
<b>HA15.</b> AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom),  AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR: [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE?  [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?  [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?  VOUS A-T-ON: [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>O</th> <th>N</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA par la mère .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	SIDA par la mère .....	1	2	8	Choses à faire .....	1	2	8	Test de SIDA .....	1	2	8	Proposé un test.....	1	2	8	
	O	N	NSP																			
SIDA par la mère .....	1	2	8																			
Choses à faire .....	1	2	8																			
Test de SIDA .....	1	2	8																			
Proposé un test.....	1	2	8																			
<b>HA16.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒ HA19 8⇒ HA19																				
<b>HA17.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒ HA22 8⇒ HA22																				
<b>HA18.</b> QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.  APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	1⇒ HA22 2⇒ HA22 8⇒ HA22																				
<b>HA19.</b> Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B,C ou D)?  <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24																						

<b>HA20.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒ HA24
<b>HA21.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non ..... 2	
<b>HA22.</b> AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non ..... 2	1⇒ HA25
<b>HA23.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU VIH/ SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
<b>HA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒ HA27
<b>HA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	
<b>HA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
<b>HA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non ..... 2	

CONSOMMATION ET EXPOSITION AU TABAC		TC
<b>TC1A.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DU TABAC (DE LA CIGARETTE OU TOUTE AUTRE FORME DE TABAC), MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?	Oui, a fumé juste une ou quelques bouffées ..... 1 Oui, a fumé au moins une dose ou une cigarette entière..... 2 Non, jamais fumé ..... 3	3⇒ TC4
<b>TC1B.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME DU TABAC POUR LA PREMIERE FOIS ?  <i>Si 10 ans ou plus de 10 ans, enregistrer l'âge en années révolues.</i>	Age ..... ____ ____ ans  Avant l'âge de 10 ans ..... 10 NSP ..... 98	
<b>TC1.</b> FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Insister pour que l'enquête indique la fréquence de sa consommation de tabac.</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ TC3  3⇒ TC2B 8⇒ TC4
<b>TC2A.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?	Oui ..... 1  Non ..... 2  NSP ..... 8	1⇒ TC3  2⇒ TC3  8⇒ TC3
<b>TC2B.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a fumé tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encrer le code "1" (tous les jours).</i>	Tous les jours ..... 1  Moins d'une fois par jour ..... 2  Pas du tout ..... 3  NSP ..... 8	1⇒ TC4  2⇒ TC4  3⇒ TC4  8⇒ TC4
<b>TC3.</b> EN MOYENNE, QUELLE QUANTITE DE PRODUITS SUIVANTS FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT CHAQUE (jour/semaine) ? INDIQUEZ-MOI EGALEMENT SI VOUS FUMEZ L'UN DE CES PRODUITS, MAIS PAS TOUS LES JOURS (TOUTES LES SEMAINES).  <i>Vérifier TC1. Si la réponse à TC1 est "Tous les jours" (code 1), poser la question TC3 en demandant la quantité fumée « chaque jour ». Dans le cas contraire, demander la quantité de produits fumés par semaine.</i>  <i>Si la personne interrogée déclare qu'elle fume le produit mais moins souvent que toutes les semaines, inscrire 888.</i>  <i>Si la personne interrogée déclare ne pas du tout fumer le produit, inscrire 000.</i>  <i>Vérifier qu'il s'agit du nombre de cigarettes et non de paquets.</i>	<b>A.</b> Cigarettes manufacturées ?..... ____ ____  <b>B.</b> Cigarettes roulées a la main ?..... ____ ____  <b>D.</b> Pipes remplies de tabac ?.. ____ ____  <b>E.</b> Cigares, cheroots ou cigarillos?.. ____ ____  <b>F.</b> Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) ?..... ____ ____  <b>X.</b> D'autres sortes de tabacs ..... ____ ____ <i>(Préciser) _____</i>	PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE
<b>TC4.</b> CONSOMMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU <u>TABAC SANS FUMEE</u> TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ TC6  3⇒ TC5B 8⇒ TC6

<b>TC5A.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU <u>TABAC SANS FUMEE</u> TOUS LES JOURS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ TC6 2⇒ TC6 8⇒ TC6
<b>TC5B.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a consommé du tabac sans fumée tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encrer le code «tous les jours».</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	
<b>TC6.</b> SI QUELQU'UN FUME A L'INTERIEUR DE VOTRE DOMICILE, A QUELLE FREQUENCE ? DIRIEZ-VOUS : TOUS LES JOURS, UNE FOIS PAR SEMAINE, UNE FOIS PAR MOIS, MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS OU JAMAIS ?	Tous les jours ..... 1 Une fois par semaine ..... 2 Une fois par mois ..... 3 Moins d'une fois par mois ..... 4 Jamais ..... 5 NSP ..... 8	
<b>TC7.</b> TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE ?	Oui ..... 1 Non/ Ne travaille pas ..... 2	2⇒ TC10A
<b>TC8.</b> TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur ..... 1 A l'extérieur ..... 2 Les deux ..... 3	2⇒ TC10A
<b>TC9</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, QUELQU'UN A-T-IL FUME A L'INTERIEUR DES LOCAUX OU VOUS TRAVAILLEZ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>TC10A.</b> Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encreré ?): <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇒ Continuer à TC10 <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ou non concerné ⇒ Aller à TC13		
<b>TC10.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>TC11.</b> AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ TC13
<b>TC12.</b> LORS D'UNE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS A-T-ON RECOMMANDE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>TC13.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES INFORMATIONS SUR LES MEFAITS DE LA CIGARETTE OU DES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER, DIFFUSEES DANS LES JOURNAUX OU LES MAGAZINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	
<b>TC14.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE LES INFORMATIONS SUR LES DANGERS DE LA CIGARETTE OU LES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER DIFFUSEES A LA TELEVISION ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	

<b>TC15.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 N'a vu aucun paquet de cigarettes..... 3	2⇒ TC17 3⇒ TC17																					
<b>TC15A. Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?):</b>  <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour, continuer à TC16  <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇒ Aller à TC17																							
<b>TC16.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, LES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES VOUS ONT-ELLES DONNE ENVIE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8																						
<b>TC17.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES PUBLICITES SUR LES CIGARETTES OU DES PANNEAUX DE PROMOTION POUR LES CIGARETTES DANS LES LIEUX DE VENTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7																						
<b>TC18.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE L'UN DES TYPES DE PROMOTION SUIVANTS POUR LES CIGARETTES ?  <i>Lire chaque question :</i>  [A]. ECHANTILLONS GRATUITS DE CIGARETTES ?  [B]. RABAIS SUR LE PRIX DES CIGARETTES ?  [C]. BONS DE REDUCTION POUR DES CIGARETTES ?  [D]. CADEAUX OU REMISE SUR D'AUTRES PRODUITS POUR L'ACHAT DE CIGARETTES ?  [E]. VETEMENTS OU AUTRES ARTICLES PORTANT LE NOM OU LE LOGO D'UNE MARQUE DE CIGARETTES ?  [F]. PROMOTION POUR LES CIGARETTES PAR COURRIER ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Echantillons gratuits</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Rabais sur le prix</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Bons de réduction</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Cadeaux ou remise sur d'autres produits</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Vêtements ou autres articles</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Promotion pour les cigarettes</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Echantillons gratuits	1	2	Rabais sur le prix	1	2	Bons de réduction	1	2	Cadeaux ou remise sur d'autres produits	1	2	Vêtements ou autres articles	1	2	Promotion pour les cigarettes	1	2	
	Oui	Non																					
Echantillons gratuits	1	2																					
Rabais sur le prix	1	2																					
Bons de réduction	1	2																					
Cadeaux ou remise sur d'autres produits	1	2																					
Vêtements ou autres articles	1	2																					
Promotion pour les cigarettes	1	2																					
<b>TC18A. Vérifier TC3 (rubrique A &gt; 0 ?):</b>  <input type="checkbox"/> Oui, fume actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Continuer à TC19  <input type="checkbox"/> Non, ne fume pas actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Aller au module suivant																							
<b>TC19.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ ACHETE DES CIGARETTES/PAQUETS DE CIGARETTES OU CARTOUCHES DE CIGARETTES POUR VOTRE USAGE PERSONNEL, COMBIEN EN AVEZ-VOUS ACHETE ?  <i>Vérifier l'unité avec la répondante avant de consigner le nombre.</i>  <b>TC19A.</b> SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ?  <b>TC19B.</b> SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ?  <b>TC19C.</b> SI AUTRE CONTENANT : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CONTENANT ?  <i>Si NSP, inscrire 998.</i>	Cigarettes..... 1 ____ Paquets..... 2 ____ Cartouches..... 3 ____ Autre (Préciser)..... 6 ____  Nombre par paquet ..... ____  Nombre par cartouche ..... ____  Nombre par contenant... ____	1⇒ TC20 2⇒ TC19A 3⇒ TC19B 6⇒ TC19C  ⇒ TC20 ⇒ TC20																					
<b>TC20.</b> AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ?  <i>Si NSP, inscrire 99998.</i>	_____ F CFA																						

CONSOMMATION D'ALCOOL		TA
<b>TA14.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL C'EST-A-DIRE DE BIERE, DE VIN, DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL MODERNE OU ARTISANAL.  AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>TA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL.  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool ..... 00 Age .....	00⇒ Module suivant
<b>TA15A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?	N'a pas bu au cours des 12 derniers mois ..... 0 Moins d'1 fois par mois ..... 1 1 à 3 jours par mois ..... 2 1 à 4 jours par semaine..... 3 5 jours ou plus par semaine ..... 4	0⇒ Module suivant
<b>TA16.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL?  <i>Si la répondante n'a pas bu, encercler "00". Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois ..... 00 Nombre de jours..... 0 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	00⇒ Module suivant
<b>TA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses.....	
<b>TA18.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	<b>Alcool moderne</b> Bière moderne..... 11 Vin modeme..... 12 Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ..... 13 Autre alcool moderne ( <i>Préciser</i> ) .....16 <b>Alcool artisanal</b> Vin de palme/Vin de raphia .....21 Bière de maïs/Kwata .....22 BiliBili/Bière de mil .....23 Odontol/Arki .....24 Autre alcool artisanal ( <i>Préciser</i> ) .....26 Autre alcool ( <i>Préciser</i> ).....96	
<b>TA19.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum.. 11 Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ..... 12 Verre ou équivalent..... 13 Canette ..... 14 Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum ) ..... 15 Moyenne bouteille (≈ 50 cl) ..... 16 Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.)17 Bouteille familiale (≈ 1 l à 1,5l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.)..... 18 Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum .... 19 Calebasse .....20 Autre dose ( <i>Préciser</i> ) .....96	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
<b>LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?</b>  <input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ans ⇒ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ans ⇒ Continuer avec LS2		
<b>LS2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</b>  PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ?  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i>	Très heureuse .....1 Assez heureuse .....2 Ni heureuse ni malheureuse .....3 Assez malheureuse .....4 Très malheureuse .....5	
<b>LS3. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</b>  POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION, SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE.  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i>  QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE/ 2013-2014, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?</b>	Oui .....1 Non .....2	2⇒ LS7
<b>LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	



<b>LS7.</b> QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?	N'a pas de travail .....0 Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS8.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS9.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?  <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS10.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS11.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS12.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS13.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?  <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu .....0 Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS14.</b> COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée .....1 Plus ou moins la même .....2 Empiré .....3	
<b>LS15.</b> ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure .....1 Plus ou moins la même .....2 Pire .....3	

PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT		WD
<b>WD1.</b> MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS PARLER DE VOS ACTIVITES AU SEIN DU MENAGE ET DANS VOTRE COMMUNAUTE  QUEL EST VOTRE TYPE D'OCCUPATION, C'EST-A-DIRE QUEL GENRE DE TRAVAIL FAITES-VOUS PRINCIPALEMENT ?  <i>Laisser l'enquêtée décrire ce qu'elle fait et encercler le code correspondant.</i>	Ménage/travaux domestiques ..... 01 Ecole/études ..... 02 Sans occupation ..... 03  Secteurs d'activités Agriculture..... 04 Industrie..... 05 Commerce ..... 06 Services et Administration ..... 07  Autre (Préciser) ..... 96	04 ⇨ WD3 05 ⇨ WD3 06 ⇨ WD3 07 ⇨ WD3
<b>WD2.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE QUI VOUS RAPPORTE UN REVENU EN NATURE OU EN ESPECES ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇨ WD3
<b>WD2A.</b> QUELLE EST L'ACTIVITE PRINCIPALE QUI VOUS RAPPORTE DES REVENUS EN NATURE OU EN ESPECES ?	Agriculture..... 1 Industrie..... 2 Commerce ..... 3 Services et Administration ..... 4 Autre (Préciser) ..... 6	
<b>WD3.</b> EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES VOS DEPENSES PERSONNELLES, UNE PARTIE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES OU AUCUNE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES ?	Toutes les dépenses ..... 1 Une partie des dépenses..... 2 Aucune dépense..... 3	1 ⇨ WD4  3 ⇨ WD4
<b>WD3A.</b> QUELS SONT LES POSTES DE VOS DEPENSES PERSONNELLES QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ?  AUTRE CHOSE ? <i>Insister sur le type de dépenses et encercler le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité. Mais ne suggérez pas de réponse.</i>	Alimentation, boisson ..... A Habillement ..... B Education ..... C Santé et soins personnels ..... D  Autre (Préciser) ..... X	
<b>WD4.</b> EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES LES DEPENSES DU MENAGE, UNE PARTIE LES DEPENSES DU MENAGE OU AUCUNE DES DEPENSES DU MENAGE ?	Toutes les dépenses ..... 1 Une partie des dépenses..... 2 Aucune dépense..... 3	1 ⇨ WD5  3 ⇨ WD5
<b>WD4A.</b> QUELS SONT LES POSTES DES DEPENSES DE VOTRE MENAGE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ?  AUTRE CHOSE ? <i>Insister sur le type de dépenses et encercler le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité. Mais ne pas suggérer de réponse.</i>	Alimentation, boisson ..... A Habillement ..... B Education ..... C Santé et soins personnels ..... D Equipement de la maison ..... E Logement..... F  Autre (Préciser) ..... X	
<b>WD5.</b> ASSUMEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE QUELCONQUE DANS VOTRE QUARTIER/VILLAGE/VILLE PAR EXEMPLE COMME CHEF DE BLOC, CHEF DE QUARTIER, CHEF DE VILLAGE, MAIRE/CONSEILLER MUNICIPAL, DEPUTE, OU AUTRE ?	Oui..... 1 Non..... 2	

<b>WD6.ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ?</b> <b>SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?</b>	Oui, avec titre foncier.....1 Oui, sans titre foncier.....2 Non.....3																															
<b>WD7.ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN NON BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ?</b> <b>SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?</b>	Oui, avec titre foncier.....1 Oui, sans titre foncier.....2 Non.....3																															
<b>WD8.ETES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION :</b>  [A] CULTURELLE ? [B] RELIGIEUSE ? [C] POLITIQUE ? [D] TONTINE ? [E] COMITE DE DEVELOPPEMENT ? [F] SPORTIVE ? [G] AMICALE ? [H] PROFESSIONNELLE ? [X] AUTRE (A PRECISER) _____  <i>Lire chaque type d'association et encercler le code correspondant à la réponse de l'enquêtee.</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Culturelle .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Religieuse .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Politique .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Tontine .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Comité de développement .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Sportive .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Amicale .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Professionnelle .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>i) Autre (Préciser) .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	a) Culturelle .....	1	2	b) Religieuse .....	1	2	c) Politique .....	1	2	d) Tontine .....	1	2	e) Comité de développement .....	1	2	f) Sportive .....	1	2	g) Amicale .....	1	2	h) Professionnelle .....	1	2	i) Autre (Préciser) .....	1	2	
	Oui	Non																														
a) Culturelle .....	1	2																														
b) Religieuse .....	1	2																														
c) Politique .....	1	2																														
d) Tontine .....	1	2																														
e) Comité de développement .....	1	2																														
f) Sportive .....	1	2																														
g) Amicale .....	1	2																														
h) Professionnelle .....	1	2																														
i) Autre (Préciser) .....	1	2																														
<b>WD8A. Vérifier WD8:</b> <input type="checkbox"/> Réponse 2 encerclée partout ⇒ Aller à WD10  <input type="checkbox"/> Au moins une réponse 1 encerclée ⇒ Continuer à WD9																																
<b>WD9.EXERCEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE DANS CETTE/ AU MOINS UNE DE CES ASSOCIATIONS ?</b>	Oui.....1 Non.....2																															
<b>WD10.AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS OBTENU UN CREDIT?</b>	Oui.....1 Non.....2	2 ⇒ WM11																														
<b>WD10A. A QUOI A SERVI PRINCIPALEMENT LE DERNIER CREDIT OBTENU ?</b>	Scolarité.....01 Santé.....02 Obsèques/funérailles.....03 Mariage/baptême/anniversaire.....04 Accouchement.....05 Construction ou amélioration de l'habitat ..06 Activité génératrice de revenu.....07 Equipement pour la maison.....08  Autre (Préciser).....96																															
<b>WD11.QUELLE A ETE L'ORIGINE DU DERNIER CREDIT QUE VOUS AVEZ OBTENU ?</b>	Banque.....01 Coopérative d'Epargne et de Crédit.....02 Tontine.....03 Parents/Amis.....04 Organisme de financement.....05 Association professionnelle.....06  Autre (Préciser).....96																															

**WM11.** Enregistrer l'heure.

Heure et minutes ..... : .....

**WM12.** Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.






L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne ou la personne qui prend soin d'un enfant de 0-4 ans vivant dans le ménage ?

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






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

### CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE

#### CARTE COTE 1

<b>Très heureuse</b>	<b>Assez heureuse</b>	<b>Ni heureuse, ni malheureuse</b>	<b>Assez malheureuse</b>	<b>Très malheureuse</b>
				

#### CARTE COTE 2

<b>Très satisfaite</b>	<b>Assez satisfaite</b>	<b>Ni satisfaite, ni insatisfaite</b>	<b>Assez insatisfaite</b>	<b>Très insatisfaite</b>
				

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations de la contrôlease/ du contrôleur de terrain**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du superviseur**





ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES - MICS 5  
QUESTIONNAIRE POUR ENFANT DE MOINS DE 5 ANS

PANNEAU D'INFORMATIONS SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes/personnes en charge (voir liste des membres du ménage, colonne HL15) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir liste des membres du ménage, colonne HL7B). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque enfant éligible.		
UF1. Numéro séquentiel de grappe :    _ _ _	UF2. Numéro de ménage :               _ _	
UF3. Nom de l'enfant : Nom _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant : _ _	
UF5. Nom de la mère / gardienne/pers. en charge : Nom _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne /pers. en charge: _ _	
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview : _ _ / _ _ / 2 0 1 4	

*Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à la personne qui répond :*  
NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom de l'enfant en UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

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

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom de l'enfant en UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- ☐ Oui, permission accordée ⇒ Aller à UF12 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.  
☐ Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à UF9. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.

UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans :  <i>Les codes font référence à la mère/gardien(ne)/personne en charge.</i>	Rempli .....	01
	Pas à la maison .....	02
	Refusé .....	03
	Partiellement rempli .....	04
	Incapacité .....	05
	Autre (Préciser) _____	96

UF10. Contrôleuse/Contrôleur de terrain (Nom et code) :  Nom _____	UF11. Agent de saisie (Nom et code) :  Nom _____
--	--

<b>UF12.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes .....__ __ : __ __	
-----------------------------------	-------------------------------------	--

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



ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
<b>BR1.</b> ( <i>Nom</i> ) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ?  <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu .....1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu.....2	
	Non.....3	
	NSP.....8	
<b>BR2.</b> LA NAISSANCE DE ( <i>nom</i> ) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE AUPRES <b>DE L'AUTORITE CIVILE/ L'ETAT CIVIL C'EST-A-DIRE DANS UNE MAIRIE OU DANS UN CENTRE SPECIAL D'ETAT-CIVIL ?</b>	Oui .....1	1⇒ Module Suivant
	Non.....2	
	NSP .....8	
<b>BR3.</b> SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE ( <i>nom</i> ) ?	Oui .....1	
	Non.....2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC
<b>EC1.</b> COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR ( <i>nom</i> ) ?	Aucun .....00 Nombre de livres d'enfant .....0 __ Dix livres ou plus .....10	
<b>EC2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS ( <i>nom</i> ) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.  EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :  [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPÉES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?  [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?  [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?  <i>Si l'enquête(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insister pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i>	<div style="text-align: right;">O N NSP</div> Jouets fabriqués à la maison ..... 1 2 8 Jouets de magasin ..... 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors ..... 1 2 8	
<b>EC3.</b> PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS.  AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS ( <i>nom</i> ) A-T-IL/ELLE ETE:  [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?  [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS, PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?  <i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i>	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure ..... __  Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure ..... __	
<b>EC4.</b> Vérifier AG2: Age de l'enfant  <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant  <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5		
<b>EC5.</b> ( <i>Nom</i> ) S'IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	

<p><b>EC7.</b> PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE 15 ANS OU PLUS, PARTICIPE AVEC (<i>nom</i>) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES :</p> <p><i>Si oui, demander:</i> QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p> <p>[A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRES AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] RACONTER DES HISTOIRES A (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] CHANTER DES CHANSONS A (<i>nom</i>) OU AVEC (<i>nom</i>), Y COMPRIS DES BERCEUSES ?</p> <p>[D] EMMENER (<i>nom</i>) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE ?</p> <p>[E] JOUER AVEC (<i>nom</i>) ?</p> <p>[F] NOMMER, COMPTER, ET/OU DESSINER DES CHOSES POUR OU AVEC (<i>nom</i>)?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Mère</th> <th>Père</th> <th>Autre</th> <th>Pers- son- ne</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lire des livres</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Raconter des histoires</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Chanter des chansons</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Promener</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Jouer</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>Nommer/Compter</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		Mère	Père	Autre	Pers- son- ne	Lire des livres	A	B	X	Y	Raconter des histoires	A	B	X	Y	Chanter des chansons	A	B	X	Y	Promener	A	B	X	Y	Jouer	A	B	X	Y	Nommer/Compter	A	B	X	Y	
	Mère	Père	Autre	Pers- son- ne																																	
Lire des livres	A	B	X	Y																																	
Raconter des histoires	A	B	X	Y																																	
Chanter des chansons	A	B	X	Y																																	
Promener	A	B	X	Y																																	
Jouer	A	B	X	Y																																	
Nommer/Compter	A	B	X	Y																																	
<p><b>EC8.</b> JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE(<i>nom</i>). LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT.</p> <p>EST-CE QUE (<i>nom</i>) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				
<p><b>EC9.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				
<p><b>EC10.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				
<p><b>EC11.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				
<p><b>EC12.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST PARFOIS TROP MALADE POUR JOUER ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				
<p><b>EC13.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS SUR COMMENT FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>																																				

<b>EC14.</b> QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A ( <i>nom</i> ), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LE FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>EC15.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>EC16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	
<b>EC17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE				BD
<b>BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant</b> <input type="checkbox"/> L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2 <input type="checkbox"/> L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module Traitement des maladies				
<b>BD2. EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?</b>	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8	2⇒BD4 8⇒BD4		
<b>BD3. EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?</b>	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			
<b>BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE A LA BOUTEILLE AVEC TETINE OU AU BIBERON ?</b>	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			
<b>BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?</b>	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			
<b>BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES VITAMINES, DES MEDICAMENTS OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX ?</b>	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			
<b>BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A RECU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS.</b>  SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.  EST-CE QUE (nom) A BU (Nom de la boisson) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:	<div style="text-align: right;">O    N    NSP</div>			
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	1	2	8
[B] DU JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE FRUITS?	Jus ou boissons à base de fruits	1	2	8
[C] DU BOUILLON CLAIR DE LEGUME/VIANDE/POISSON SANS MORCEAU ?	Bouillon clair	1	2	8
[D] DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Lait	1	2	8
<i>Si oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU DU LAIT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois lait bu	—		
[E] UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE?	Préparation pour bébé	1	2	8
<i>Si oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé	—		
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? Préciser _____	Autres liquides	1	2	8

<b>BD8. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) ALIMENTS QUE (nom) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. A NOUVEAU, JE VOUDRAIS SAVOIR SI (nom) A EU CET ALIMENT MEME S'IL EST COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES ALIMENTS CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON.</b>  EST-CE QUE (nom) A MANGE (Nom de l'aliment) HIER DURANT LE JOUR OU LA NUIT :				
		O	N	NSP
[A] YAOURT ?	Yaourt	1	2	8
<i>Si Oui: COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (nom) A MANGE/BU DU YAOURT ? Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois a mangé/bu yaourt	—		
[B] N'IMPORTE QUEL TYPE DE CEREALES POUR BEBE COMME, CERELAC, BLELILAC, PHOSPHATINE, ETC.?	Céréales pour bébé	1	2	8
[C] DU PAIN, RIZ, PATES, PUREE/BOUILLIE, OU AUTRES ALIMENTS A BASE DE GRAINS ?	Aliments faits à base de grains ?	1	2	8
[D] COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, PATATE DOUCE QUI SONT JAUNE OU ORANGE A L'INTERIEUR ?	Courge, carottes, citrouille, etc.	1	2	8
[E] DES POMMES DE TERRES, DES IGNAME, DU MANIOC, DU MACABO, DES PATATES DOUCES BLANCHES OU TOUT AUTRE ALIMENT FAIT AVEC DES TUBERCULES/RACINES ?	P. de terres, ignames, manioc etc.	1	2	8
[F] N'IMPORTE QUELS LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE?	Légumes à feuilles vert foncé	1	2	8
[G] DES MANGUES/PAPAYES MURES/MELONS/ABRICOTS/GOYAVES ROUGES	Mangues/papayes mûres, etc.	1	2	8
[H] N'IMPORTE QUELS AUTRES FRUITS OU LEGUMES ?	Autres fruits et légumes	1	2	8
[I] DU FOIE, DES ROGNONS, DU CŒUR OU TOUT AUTRE ABAT?	Foie, rognons, cœur ou autres abats	1	2	8
[J] DE LA VIANDE DE BŒUF, PORC, AGNEAU, CHEVRE, POULET OU CANARD ?	Viande de bœuf, porc, agneau, chèvre, etc.	1	2	8
[K] DES OEUFS ?	Oeufs	1	2	8
[L] DU POISSON FRAIS OU SECHE OU DES FRUITS DE MER (CREVETTES, CRABES, ESCARGOTS DE MER, ETC.)?	Poisson frais ou séché, etc.	1	2	8
[M] N'IMPORTE QUELS ALIMENTS A BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES OU ARACHIDES OU AUTRES NOIX ?	Aliments à base de haricots, pois, etc.	1	2	8
[P] DES INSECTES COMESTIBLES COMME LES SAUTERELLES, CRIQUETS, GRILLONS, ESCARGOTS, TERMITES, CHENILLES, HANNETONS, LARVES ?	Insectes comestibles	1	2	8
[N] DU FROMAGE OU TOUT AUTRE PRODUIT A BASE DE LAIT?	Fromage ou autres produits à base de lait	1	2	8
[O] N'IMPORTE QUELS AUTRES ALIMENTS SOLIDES, SEMI-SOLIDES, OU MOUS QUE JE N'AI PAS MENTIONNE ? <i>Préciser _____</i>	Autres aliments solides, semi-solides, ou mous	1	2	8
<b>BD9. Vérifier BD8 (Catégories "A" jusqu'à "O")</b> <input type="checkbox"/> <i>Au moins un "Oui" ou toutes "NSP" ⇒ Aller à BD11</i> <input type="checkbox"/> <i>Sinon ⇒ Continuer avec BD10</i>				
<b>BD10. Insister pour déterminer si l'enfant a mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier, pendant le jour ou la nuit ?</b> <input type="checkbox"/> <i>L'enfant n'a rien mangé ou la répondante ne sait pas ⇒ Aller au module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>L'enfant a mangé au moins un aliment solide, semi-solide ou mou mentionné par la répondante ⇒ Retourner à BD8 pour enregistrer l'aliment mangé hier [A à O]. Quand c'est fait, continuer avec BD11</i>				
<b>BD11. COMBIEN DE FOIS (nom) A-T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES, SEMI SOLIDES OU MOUS, HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?</b> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois..... —  NSP ..... 8			

VACCINATIONS				IM											
<p><i>Si un carnet/carte de vaccination est disponible, recopier les dates à IM3 pour chaque vaccination et Vitamine A enregistrées sur le carnet/carte. Les questions IM6-IM17 ne seront posées que si un carnet/carte n'est pas disponible.</i></p>															
<b>IM1.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET/CARTE OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES?  (Si Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?				Oui, vu ..... 1 Oui, non vu ..... 2 Pas de carnet ..... 3		1⇒IM3 2⇒IM6									
<b>IM2.</b> AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?				Oui ..... 1 Non ..... 2		1⇒IM6 2⇒IM6									
<b>IM3.</b> (a) Copier les dates de chaque vaccin de la carte ou du carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne "jour" si la carte ou le carnet montre qu'un vaccin a été fait mais la date n'est pas donnée.				Date de la vaccination <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Jour</th> <th colspan="2">Mois</th> <th colspan="4">Année</th> </tr> </thead> </table>				Jour		Mois		Année			
Jour		Mois		Année											
BCG À LA NAISSANCE	BCG														
POLIO A LA NAISSANCE (OU VPO-0)	POLIO-0														
POLIO 1 (OU VPO-1)	POLIO 1														
POLIO 2 (OU VPO-2)	POLIO 2														
POLIO 3 (OU VPO-3)	POLIO 3														
PENTAVALENT 1 (DTC-HEP B1+Hib1 OU PENTA 1)	PENTA 1														
PENTAVALENT 2 (DTC-HEP B2+Hib2 OU PENTA 2)	PENTA 2														
PENTAVALENT 3 (DTC-HEP B3+Hib3 OU PENTA 3)	PENTA 3														
PNEUMO1 (OU PCV1)	PNEUMO 1														
PNEUMO2 (OU PCV2)	PNEUMO2														
PNEUMO3 (OU PCV3)	PNEUMO3														
ROUGEOLE (VAR OU MMROU MR)	ROUG.														
FIEVRE JAUNE (FJ)	VAA														
VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA1														
VITAMINE A (DOSE AVANT LA PLUS RECENTE)	VITA2														
<b>IM4.</b> Vérifier IM3.  Est-ce que tous les vaccins (de <b>BCG à VAA/FIEVRE JAUNE</b> ) sont enregistrés ?  <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19  <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5															

<b>IM5.</b> EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET OU CETTE CARTE, EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS ?  <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Retourner à IM3, insister sur ces vaccinations et écrire '66' dans la colonne jour correspondante de chaque vaccin mentionné. Quand complété, passer à IM19  <input type="checkbox"/> <i>Non/NSP</i> ⇒ Aller à IM19		
<b>IM6.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DES CAMPAGNES OU DES JOURNEES DE VACCINATIONS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒IM19 8⇒IM19
<b>IM7.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS LE BRAS OU L'ÉPAULE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	
<b>IM8.</b> EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ?	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒IM11 8⇒IM11
<b>IM9.</b> LA PREMIERE FOIS QUE LE VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNE, ETAIT-CE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUMI LA NAISSANCE ?	Oui .....1 Non.....2	
<b>IM10.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ? <i>Si le nombre de fois déclaré est égal à 7 ou plus, inscrire '7'.</i>	Nombre de fois ..... NSP .....8	
<b>IM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU « UN VACCIN DTC-HEP B +HIB ENCORE APPELE PENTAVALENT » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE, LA DIPHTERIE, L'HEPATITE B ET LES INFECTIONS A HEMOPHILUS INFLUENZA DE TYPE B (HIB) ? <i>Insister en précisant que ce vaccin est parfois donné en même temps que le vaccin contre la polio.</i>	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒IM16A 8⇒IM16A
<b>IM12.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DTC-HEP B +HIB ENCORE APPELE PENTAVALENT A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....	
<b>IM16A.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU « UN VACCIN PNEUMO » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE OU A LA FESSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'INFECTION A PNEUMOCOQUE? <i>Insister en précisant que le vaccin PNEUMO est parfois donné en même temps que le vaccin contre la polio et le DTC-HEP B +HIB.</i>	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	2⇒IM16 8⇒IM16
<b>IM16B.</b> COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PNEUMO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois .....	
<b>IM16.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE (VAR OU ROR) C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	
<b>IM17.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIEVRE JAUNE - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIEVRE JAUNE ?  <i>Insister en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.</i>	Oui .....1 Non.....2 NSP .....8	



<p><b>IM19.</b> DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES SUIVANTES :</p> <p>[A] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MAI 2014</p> <p>[B] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO D'AVRIL 2014</p> <p>[C] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MARS 2014</p> <p>[D] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE FEVRIER 2014</p> <p>[E] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE JANVIER 2014</p> <p>[F] AUTRES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO EN 2013</p> <p>[G] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE</p> <p>[H] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE</p> <p>[I] AUTRE CAMPAGNE DE VACCINATION (CONTRE LA MENINGITE, ETC.)</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>JNV 05 14(POLIO)..... 1 2 8</p> <p>JNV 04 14(POLIO)..... 1 2 8</p> <p>JNV 03 14(POLIO)..... 1 2 8</p> <p>JNV 02 14(POLIO)..... 1 2 8</p> <p>JNV 01 14(POLIO)..... 1 2 8</p> <p>JNV 2013 (POLIO)..... 1 2 8</p> <p>Campagne Rougeole ..... 1 2 8</p> <p>Campagne F.J..... 1 2 8</p> <p>Autre campagne ..... 1 2 8</p>	
<p><b>IM20.</b> EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU DES SUPPLEMENTS EN VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?</p> <p><i>Insister en montrant à l'enquêteur un échantillon de comprimés/ampoules de Vitamine A. Préciser aussi que la Vitamine A s'administre également sous la forme de gouttes buvables, souvent en même temps que le vaccin contre la Polio au cours de certaines campagnes de vaccination.</i></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<b>CA1.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) A EU LA DIARRHÉE AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ CA6A 8⇒ CA6A
<b>CA2.</b> JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITÉ DE LIQUIDES A ÉTÉ DONNÉE A ( <i>nom</i> ) DURANT SA DIARRHÉE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL).  PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ OU PLUS QUE D'HABITUDE ?  <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 Rien à boire ..... 5 NSP ..... 8	
<b>CA3.</b> PENDANT QUE ( <i>nom</i> ) AVAIT LA DIARRHÉE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ?  <i>Si moins, insister :</i> EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins ..... 1 Un peu moins ..... 2 Environ la même quantité ..... 3 Plus ..... 4 A stoppé la nourriture ..... 5 N'a jamais donné à manger ..... 6 NSP ..... 8	
<b>CA3A.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒ CA4 8⇒ CA4
<b>CA3B.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?  <i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?  <i>Encercler tous les endroits mentionnés, Mais ne PAS suggérer de réponse.</i>  <i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i>  <i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i>  _____ (Nom de l'endroit)	Secteur public Hôpital public ..... A Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/PMI) public ..... B Centre Médical d'Arrondissement (CMA) F Autre médical public ( <i>Préciser</i> ) ..... H  Secteur médical privé Hôpital laïc/Clinique privée ..... G Hôpital privé confessionnel ..... I Personnel de santé hors d'une structure de santé/Conseil d'un personnel de santé au téléphone ..... J Pharmacie privée ..... K Cabinet médical ..... M Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission ..... N Autre médical privé ( <i>Préciser</i> ) ..... O  Autre endroit Parent (e)/ Ami (e) ..... P Boutique ..... Q Guérisseur traditionnel ..... R GIC/ONG santé ..... S Vendeur informel de médicament ..... T Agent de santé communautaire ..... U  En avait déjà à la maison ..... V Autre ( <i>Préciser</i> ) ..... X	

<p><b>CA4.</b> AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PRÉPARÉ À PARTIR D'UN SACHET SPÉCIAL APPELÉ SRO (PAR EXEMPLE ORASEL) ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRÉ-CONDITIONNÉ POUR LA DIARRHÉE ?</p>	<p style="text-align: right;">O   N   NSP</p> <p>Liquide sachet SRO ..... 1   2   8</p> <p>Liquide SRO pré conditionné ..... 1   2   8</p>	
<p><b>CA4A.</b> Vérifier CA4 : SRO</p> <p><input type="checkbox"/> SRO a été donné à l'enfant ('oui' encerclé à A ou B dans CA4) ⇒ Continuer avec CA4B</p> <p><input type="checkbox"/> SRO n'a pas été donné à l'enfant ⇒ Aller à CA4C</p>		
<p><b>CA4B.</b> OU AVEZ-VOUS EU LE SRO ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement/ (CMA) .....10</p> <p>Hôpital public .....11</p> <p>Centre de santé (CSI/CS/ Dispensaire/PMI) public .....12</p> <p>Autre médical publique (<i>Préciser</i>) .....16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée .....20</p> <p>Hôpital privé confessionnel .....21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .....22</p> <p>Pharmacie privée .....23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission.....25</p> <p>Cabinet médical .....27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>) .....26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Guérisseur traditionnel .....33</p> <p>GIC/ONG santé .....34</p> <p>Vendeur informel de médicament .....35</p> <p>Agent de santé communautaire .....36</p> <p>En avait déjà à la maison.....40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....96</p>	
<p><b>CA4C.</b> DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHÉE, LUI A-T-ON DONNÉ :</p> <p>[A] DES COMPRIMÉS DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p> <p>[C] SRO ASSOCIÉ AU ZINC ?</p>	<p style="text-align: right;">O   N   NSP</p> <p>Comprimés de Zinc ..... 1   2   8</p> <p>Sirop de Zinc ..... 1   2   8</p> <p>SRO associé au zinc ..... 1   2   8</p>	
<p><b>CA4D.</b> Vérifier CA4C : A eu du zinc?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu du zinc ('Oui' encerclé à 'A' ou 'B' dans CA4C) ⇒ Continuer avec CA4E</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de zinc ⇒ Aller à CA4F</p>		

<p><b>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</b></p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA) .. 10</p> <p>Hôpital public ..... 11</p> <p>Centre de santé public (CS/CS/ Dispensaire/PMI)..... 12</p> <p>Autre médical publique (Préciser) .....16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée .....20</p> <p>Hôpital privé confessionnel .....21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .....22</p> <p>Pharmacie privée .....23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission .....25</p> <p>Cabinet médical .....27</p> <p>Autre médical privé (Préciser) .....26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Guérisseur traditionnel .....33</p> <p>GIC/ONG santé .....34</p> <p>Vendeur informel de médicament .....35</p> <p>Agent de santé communautaire .....36</p> <p>En avait déjà à la maison .....40</p> <p>Autre (Préciser) .....96</p>	
<p><b>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</b></p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p> <p>[A] EAU SALÉE SUCRÉE</p> <p>[B] EAU DE RIZ</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>Eau salée sucrée.....1 2 8</p> <p>Eau de riz .....1 2 8</p>	
<p><b>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non .....2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒ CA6A</p> <p>8⇒ CA6A</p>

<p><b>CA6.</b> QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHÉE?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Comprimé ou Sirop</p> <p>Antibiotique..... A</p> <p>Antimotilité/Contre la diarrhée ..... B</p> <p>Autre comprimé ou sirop (pas antibiotique, antimotilité ou zinc) ..G</p> <p>Comprimé ou sirop inconnu ..... H</p> <p>Injection</p> <p>Antibiotique.....L</p> <p>Non-antibiotique.....M</p> <p>Injection inconnue ..... N</p> <p>Intraveineuse..... O</p> <p>Remède maison/ herbes médicinales ..... Q</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....X</p>	
<p><b>CA6A.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A EU DE LA FIEVRE A N'IMPORTE QUEL MOMENT ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2⇒ CA7</p> <p>8⇒ CA7</p>
<p><b>CA6B.</b> À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
<p><b>CA7.</b> EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (<i>nom</i>) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2⇒ CA9A</p> <p>8⇒ CA9A</p>
<p><b>CA8.</b> QUAND (<i>nom</i>) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>2⇒ CA10</p> <p>8⇒ CA10</p>
<p><b>CA9.</b> LA RESPIRATION RAPIDE OU LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?</p>	<p>Problème de bronches seulement .....1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement .....2</p> <p>Les deux .....3</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....6</p> <p>NSP .....8</p>	<p>1⇒ CA10</p> <p>2⇒ CA10</p> <p>3⇒ CA10</p> <p>6⇒ CA10</p> <p>8⇒ CA10</p>
<p><b>CA9A.</b> Vérifier CA6A : A eu de la fièvre ?</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant a eu de la fièvre ⇒ Continuer avec CA10</p> <p><input type="checkbox"/> L'enfant n'a pas eu de fièvre ⇒ Aller à CA14</p>		
<p><b>CA10.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non.....2</p> <p>NSP .....8</p>	<p>2⇒ CA12</p> <p>8⇒ CA12</p>

<p><b>CA11.</b> OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p><i>Insister :</i> NULLE PART AILLEURS ?</p> <p><i>Encercler tous les endroits mentionnés, mais ne pas suggérer de réponse.</i></p> <p><i>Insister pour identifier chaque type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public Hôpital public ..... A Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/PMI) public ..... B Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ..... F Autre médical public (<i>Préciser</i>) ..... H</p> <p>Secteur médical privé Hôpital laïc/Clinique privée ..... G Hôpital privé confessionnel ..... I Personnel de santé hors d'une structure de santé / Conseil d'un personnel de santé au téléphone ..... J Pharmacie privée ..... K Cabinet médical ..... M Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission ..... N Autre médical privé (<i>Préciser</i>) ..... O</p> <p>Autre endroit Parent (e)/ Ami (e) ..... P Boutique ..... Q Guérisseur traditionnel ..... R GIC/ONG santé ..... S Vendeur informel de médicament ..... T Agent de santé communautaire ..... U En avait déjà à la maison ..... V</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... X</p>	
<p><b>CA12.</b> A N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT LA MALADIE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA14 8 ⇒ CA14</p>
<p><b>CA13.</b> QUEL(S) MEDICAMENT(S) A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments donnés. Inscrire le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Anti-paludéens : SP / Fansidar ..... A Chloroquine ..... B Amodiaquine ..... C Quinine ..... D Combinaison avec Artémisinine ..... E Autre anti-paludéen (<i>Préciser</i>) ..... H</p> <p>Antibiotiques: Comprimés / Sirop ..... I Injection ..... J</p> <p>Autres médicaments : Paracetamol/ Panadol /Acetaminophen ..... P Aspirine ..... Q Ibuprofen ..... R</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... X NSP ..... Z</p>	
<p><b>CA13A.</b> Vérifier CA13 : Antibiotique mentionné (code I ou J encerclé) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13B</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à CA13C</p>		

<p><b>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU</b> (<i>nom du médicament de CA13</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA) .....10</p> <p>Hôpital public .....11</p> <p>Centre de santé (CSI/CS/Dispensaire/PMI) public...12</p> <p>Autre médical publique (<i>Préciser</i>) .....16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée .....20</p> <p>Hôpital privé confessionnel .....21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .....22</p> <p>Pharmacie privée .....23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/ Mission.....25</p> <p>Cabinet médical .....27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>) ..... 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Guérisseur traditionnel .....33</p> <p>GIC/ONG santé .....34</p> <p>Vendeur informel de médicament .....35</p> <p>Agent de santé communautaire .....36</p> <p>En avait déjà à la maison .....40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....96</p>
<p><b>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>	
<p><b>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU</b> (<i>nom du médicament de CA13</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA) .....10</p> <p>Hôpital public .....11</p> <p>Centre de santé public (CSI/CS/ Dispensaire/PMI).....12</p> <p>Autre médical publique (<i>Préciser</i>) ..... 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée .....20</p> <p>Hôpital privé confessionnel .....21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .....22</p> <p>Pharmacie privée .....23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission 25</p> <p>Cabinet médical .....27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>) ..... 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e) .....31</p> <p>Boutique .....32</p> <p>Guérisseur traditionnel .....33</p> <p>GIC/ONG santé .....34</p> <p>Vendeur informel de médicament .....35</p> <p>Agent de santé communautaire .....36</p> <p>En avait déjà à la maison .....40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....96</p>

<b>CA13E.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à CA13) ?  <i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i>	Même jour .....0 Jour suivant .....1 2 jours après début de la fièvre .....2 3 jours après début de la fièvre .....3 4 jours ou plus après début de la fièvre .....4  NSP .....8	
<b>CA14.</b> Vérifier AG2 : Age de l'enfant  <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15  <input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13		
<b>CA15.</b> LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	Enfant a utilisé toilettes / latrines .....01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines .....02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole .....03 Jeté aux ordures (déchets solides) .....04 Enterré .....05 Laissé à l'air libre .....06  Autre (Préciser) .....96 NSP .....98	

<b>UF13.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... __ : __	
-----------------------------------	--------------------------------	--

<b>UF14.</b> Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15 <i>Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne)/personne en charge d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</i>  <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. <i>Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)</i>  <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminer l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et lui dire que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant avant de quitter le ménage  <i>Vérifier s'il y a une autre femme, homme ou un autre enfant de moins de 5 ans à qui il faut administrer un questionnaire dans ce ménage.</i>
--



ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant. Enregistrer ci-dessous le poids et la taille/longueur, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant dans la liste des membres du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
<b>AN1.</b> Nom et code du Mesureur :	Nom _____	
<b>AN2.</b> Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures ..... 1 Enfant non présent ..... 2 Enfant ou gardienne a refusé ..... 3 Autre (Préciser) ..... 6	2⇒ AN6 3⇒ AN6 6⇒ AN6
<b>AN3.</b> Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) ..... Poids non mesuré ..... 99.9	
<b>AN3A.</b> Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas été déshabillé jusqu'au minimum		
<b>AN3B.</b> Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 2 ans ou taille inférieure à 87 cm ⇒ Mesurer la longueur (l'enfant doit être couché). <input type="checkbox"/> L'enfant a 2 ans ou plus ou taille supérieure à 87 cm ⇒ Mesurer la taille (l'enfant doit être debout).		
<b>AN4.</b> Longueur ou taille de l'enfant	Longueur/Taille ..... Longueur/Taille pas mesurée ..... 999.9	⇒ AN4B
<b>AN4A.</b> Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché ..... 1 Debout ..... 2	
<b>AN4B.</b> Vérifier l'âge de l'enfant à AG2: <input type="checkbox"/> L'enfant a moins de 6 mois ⇒ Aller à AN6. <input type="checkbox"/> L'enfant a 6 mois ou plus ⇒ Continuer à AN4C.		
<b>AN4C.</b> Test rapide de présence d'œdèmes bilatéraux (sur les deux pieds)?	Présence d'œdèmes bilatéraux ..... 1 Absence d'œdèmes bilatéraux ..... 2 Enfant non testé ..... 8	
<b>AN6.</b> Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.		

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations de la contrôlease/ du contrôleur de terrain**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du Mesureur**

**Observations du Superviseur**

**MICS** ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES- MICS 5  
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME		MWM
<i>Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (voir colonne HL7A de la liste des membres du Ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque homme éligible.</i>		
<b>MWM1.</b> Numéro séquentiel de Grappe: _____	<b>MWM2.</b> Numéro de ménage : _____	
<b>MWM3.</b> Nom de l'homme : Nom _____	<b>MWM4.</b> Numéro de ligne de l'homme : _____	
<b>MWM5.</b> Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	<b>MWM6.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2014	

<p><i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquête :</i></p> <p>NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lire la phrase suivante:</i></p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 15 A 25 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES</p>
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Aller à MWM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien</p> <p><input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à MWM7. Discuter ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>	

<b>MWM7.</b> Résultat de l'enquête Homme	Rempli..... 01 Pas à la maison ..... 02 Refus ..... 03 Partiellement rempli..... 04 Incapacité..... 05 Autre (Préciser) _____ 96
--	---

<b>MWM8.</b> Contrôleuse/Contrôleur de terrain (Nom et code): Nom _____	<b>MWM9.</b> Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____
--	---

<b>MWM10.</b> Enregistrer l'heure	Heure et minutes ..... : ..	
-----------------------------------	-----------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME		MWB								
<b>MWB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois ..... NSP mois ..... 98  Année ..... NSP année ..... 9998									
<b>MWB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insistez: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparez et corrigez MWB1 et/ou MWB2 si incohérentes</i>	Age (en années révolues) .....									
<b>MWB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MWB7								
<b>MWB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire ..... 2 Supérieur ..... 3	0 ⇒ MWB7								
<b>MWB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrivez "x0".</i>	Année/Classe .....									
<b>CODES MWB5</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th>LEVEL</th> <th>PRIMARY (LEVEL=1)</th> <th>SECONDARY (LEVEL=2)</th> <th>HIGHER EDUCATION (LEVEL=3)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GRADE/CLASS</td> <td> SIL/Class1 = 11  CP/Class2 = 12  CE1/Class3 = 13  CE2/Class4 = 14  CM1/Class5 = 15  CM2/Class6/Class7 = 16 </td> <td> 6<sup>ème</sup>/1<sup>ère</sup> A/Form1 = 21  5<sup>ème</sup>/2<sup>ème</sup> A/Form2 = 22  4<sup>ème</sup>/3<sup>ème</sup> A/Form3 = 23  3<sup>ème</sup>/4<sup>ème</sup> A/Form4 = 24  2<sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25  1<sup>ère</sup> G ou T/Low er6 = 26  T<sup>e</sup> G ou T/Upper7 = 27 </td> <td> 1<sup>ère</sup> année/1<sup>st</sup> year = 31  2<sup>ème</sup> année/2<sup>nd</sup> year = 32  3<sup>ème</sup> année/3<sup>rd</sup> year = 33  4<sup>ème</sup> année/4<sup>th</sup> year = 34  5<sup>ème</sup> année ou plus/5<sup>th</sup> year or more = 35 </td> </tr> </tbody> </table>			LEVEL	PRIMARY (LEVEL=1)	SECONDARY (LEVEL=2)	HIGHER EDUCATION (LEVEL=3)	GRADE/CLASS	SIL/Class1 = 11 CP/Class2 = 12 CE1/Class3 = 13 CE2/Class4 = 14 CM1/Class5 = 15 CM2/Class6/Class7 = 16	6 <sup>ème</sup> /1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21 5 <sup>ème</sup> /2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22 4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23 3 <sup>ème</sup> /4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24 2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25 1 <sup>ère</sup> G ou T/Low er6 = 26 T <sup>e</sup> G ou T/Upper7 = 27	1 <sup>ère</sup> année/1 <sup>st</sup> year = 31 2 <sup>ème</sup> année/2 <sup>nd</sup> year = 32 3 <sup>ème</sup> année/3 <sup>rd</sup> year = 33 4 <sup>ème</sup> année/4 <sup>th</sup> year = 34 5 <sup>ème</sup> année ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35
LEVEL	PRIMARY (LEVEL=1)	SECONDARY (LEVEL=2)	HIGHER EDUCATION (LEVEL=3)							
GRADE/CLASS	SIL/Class1 = 11 CP/Class2 = 12 CE1/Class3 = 13 CE2/Class4 = 14 CM1/Class5 = 15 CM2/Class6/Class7 = 16	6 <sup>ème</sup> /1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21 5 <sup>ème</sup> /2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22 4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23 3 <sup>ème</sup> /4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24 2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25 1 <sup>ère</sup> G ou T/Low er6 = 26 T <sup>e</sup> G ou T/Upper7 = 27	1 <sup>ère</sup> année/1 <sup>st</sup> year = 31 2 <sup>ème</sup> année/2 <sup>nd</sup> year = 32 3 <sup>ème</sup> année/3 <sup>rd</sup> year = 33 4 <sup>ème</sup> année/4 <sup>th</sup> year = 34 5 <sup>ème</sup> année ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35							
<b>MWB6.</b> Vérifier MWB4: <div> <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant </div> <div> <input type="checkbox"/> Primaire (MBW4 = 1) ⇒ Continuer avec MWB7 </div>										
<b>MWB7.</b> J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquête.</i> <i>Si l'enquête ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i>  POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout ..... 1 Peut lire certaines parties ..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3  Pas de phrase dans la langue de l'enquête ..... 4 <p style="text-align: center;">(préciser langue)</p> Aveugle/problème de vue ..... 5									

**ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION MT**
**MMT1. Vérifier MWB7:**

- ☐ Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MMT2
- ☐ Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (MBW7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MMT2
- ☐ Ne peut pas lire du tout ou aveugle (MBW7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MMT3

**MMT2.** A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

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

**MMT3.** VOUS ECOUTEZ LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

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

**MMT4.** A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

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

**MMT5. Vérifier MWB2: Age du répondant ?**

- ☐ Age 15-24 ⇒ Continuer avec MMT6
- ☐ Age 25-59 ⇒ Aller au Module suivant

**MMT6.** AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?

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

2⇒ MMT9

**MMT7.** AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

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

2⇒ MMT9

**MMT8.** AU COURS DU DERNIER MOIS A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

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

**MMT9.** AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?

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

2⇒ Module suivant

**MMT10.** AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET?

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

2⇒ Module suivant

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

**MMT10A.** OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

N'IMPORTE QUEL AUTRE LIEU?

*Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités*

A domicile ..... A  
 Au lieu de travail..... B  
 Au lieu d'études ..... C  
 Au domicile d'un autre particulier ..... D  
 Au cyber café/ Installation commerciale d'accès à Internet..... E  
 Installation communautaire d'accès à Internet (télécentre communautaire, etc.)F  
 N'importe où via un téléphone mobile ..... G  
 N'importe où via d'autres appareils mobiles (tablettes, etc.)..... H  
 Autre (préciser) ..... X

**MMT11.** AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?

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

FECONDITE		MCM
<b>MCM1.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. JE SUIS INTERESSE PAR TOUS LES ENFANTS QUI SONT LES VOTRES BIOLOGIQUEMENT, MEME SI LEGALEMENT CE NE SONT PAS LES VOTRES OU S'ILS NE PORTENT PAS VOTRE NOM.  AVEZ-VOUS DEJA EU DES ENFANTS?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒MCM8  8⇒MCM8
<b>MCM3.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?	Age en années ..... _ _	
<b>MCM4.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM6
<b>MCM5.</b> COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?  COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison ..... _ _  Filles à la maison ..... _ _	
<b>MCM6.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM8
<b>MCM7.</b> COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?  COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs ..... _ _  Filles ailleurs ..... _ _	
<b>MCM8.</b> AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?  <i>Si "Non" insister et demander :</i> JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MCM10
<b>MCM9.</b> COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?  COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés ..... _ _  Filles décédées ..... _ _	
<b>MCM10.</b> Faire la somme des réponses à MCM5, MCM7 et MCM9.	Somme ..... _ _	

**MCM11.** JE VOUDRAIS ETRE SUR D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (*nombre total a MCM10*)  
 NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?

☐ Oui. Vérifier ci-dessous :

☐ Pas de naissance vivante ⇒ Aller au module suivant

☐ Une naissance ou plus ⇒ Continuer avec MCM11A

☐ Non. ⇒ Vérifier les réponses aux questions MCM1-MCM10 et faire les corrections si nécessaire

**MCM11A.** EST-CE QUE TOUS LES ENFANTS DONT VOUS  
 ETES LE PERE BIOLOGIQUE ONT LA MEME MERE ?

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

1⇒MCM12

**MCM11B.** AU TOTAL, AVEC COMBIEN DE FEMMES AVEZ-  
 VOUS EU DES ENFANTS ?

Nombre de femmes ..... \_ \_

**MCM12.** QUAND EST-CE QU'EST NE LE DERNIER ENFANT  
 DES (*nombre total à MCM10*) ENFANTS DONT VOUS  
 ETES LE PERE BIOLOGIQUE (MEME S'IL OU ELLE EST  
 DECEDE(E)) ?

Date de la dernière naissance

Mois..... \_ \_

Année ..... \_ \_ \_ \_

*Le mois et l'année doivent être enregistrés.*

MARIAGE/UNION		MMA
<b>MMA1.</b> ETES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, actuellement marié..... 1 Oui, vit avec une femme..... 2 Non, pas en union..... 3	3⇒ MMA5
<b>MMA3.</b> AVEZ-VOUS D'AUTRES EPOUSES OU VIVEZ-VOUS AVEC D'AUTRES FEMMES COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui (plus d'une femme) ..... 1 Non (seulement une femme)..... 2	2⇒ MMA7
<b>MMA4.</b> COMBIEN D'AUTRES EPOUSES / FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ETIEZ MARIE AVEZ-VOUS ?	Nombre ..... _ _	⇒ MMA8B
<b>MMA5.</b> AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, a été marié ..... 1 Oui, a vécu avec une femme ..... 2 Non ..... 3	3 ⇒ Module suivant
<b>MMA5A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIE OU VIVIEZ-VOUS AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MMA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPRE ?	Veuf ..... 1 Divorcé..... 2 Séparé ..... 3	
<b>MMA7.</b> AVEZ-VOUS ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UNE FEMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒ MMA8A 2⇒ MMA8B
<b>MMA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE?	Date du premier mariage  Mois ..... _ _ NSP mois .....98	
<b>MMA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE POUR <u>LA PREMIERE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR <u>LA PREMIERE FOIS</u> AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE	Année ..... _ _ _ _ NSP année ..... 9998	⇒ Module suivant
<b>MMA9.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE (PREMIERE) EPOUSE/PARTENAIRE ?	Age en années ..... _ _	



ATTITUDES ET PRATIQUE VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		MDV	
Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez vous que vous êtes en privé avec l'enquêté.			
<b>MDV1.</b> PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIÉ QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :		Oui	Non NSP
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire .....	1	2 8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants .....	1	2 8
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute .....	1	2 8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels .....	1	2 8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture .....	1	2 8
[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	Ne respecte pas ses beaux-parents .....	1	2 8
[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	A des ami(es) juge(es) peu recommandables .....	1	2 8
[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?	Ne s'habille pas à la convenance du mari .....	1	2 8
<b>MDV2.</b> Vérifier MMA1 = 1 ou 2 ("Est actuellement marié/en union") ou MMA5A = 1 ou 2 ("A été marié/en union au cours des 12 derniers mois ") encerclé? <input type="checkbox"/> Encerclé ⇒ Continuer avec MDV3 <input type="checkbox"/> Pas encerclé ⇒ Aller au module suivant			
<b>MDV3.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EST-CE QU'IL EST ARRIVÉ SOUVENT, PARFOIS OU JAMAIS QUE VOUS FASSIEZ UNE DES CHOSES SUIVANTES A VOTRE (DERNIERE) FEMME/PARTENAIRE:		Souvent	Parfois Jamais
[A] DITES OU FAITES QUELQUE CHOSE POUR L'HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Dites ou faites quelque chose pour l'humilier .....	1	2 3
[B] MENACIEZ DE FAIRE MAL A VOTRE (DERNIERE) FEMME/PARTENAIRE OU A QUELQU'UN QUI LUI EST PROCHE?	Menaciez de faire mal .....	1	2 3
[C] L'INSULTIEZ OU LA RABAISSEZ?	Insultiez ou rabaissiez .....	1	2 3
[D] L'AVEZ-VOUS DEJA BOUSCULEE, SECOUEE, OU AVEZ-VOUS JETTEE QUELQUE CHOSE CONTRE ELLE?	L'a bousculée, secouée .....	1	2 3
[E] L'AVEZ-VOUS DEJA GIFLEE?	L'a giflée .....	1	2 3
[F] LUI AVEZ-VOUS DEJA TORDU LE BRAS OU TIRE LES CHEVEUX?	Lui a tordu bras ou tiré cheveux ....	1	2 3
[G] L'AVEZ-VOUS DEJA FRAPPEE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI POUVAIT LA BLESSER?	L'a frappée à coups de poing .....	1	2 3
[H] LUI AVEZ-VOUS DEJA DONNE DES COUPS DE PIED, L'AVEZ-VOUS DEJA TRAINEE A TERRE, OU L'AVEZ-VOUS BATTUE?	Lui a donné des coups de pied ....	1	2 3
[I] AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE L'ETRANGLER OU DE LA BRULER?	A essayé de l'étrangler .....	1	2 3
[J] L'AVEZ-VOUS DEJA MENACEE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	L'a menacée avec couteau .....	1	2 3
[K] L'AVEZ-VOUS DEJA FORCEE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC VOUS QUAND ELLE NE VOULAIT PAS?	L'a forcée à avoir rapports sexuels	1	2 3
[L] L'AVEZ-VOUS DEJA FORCEE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QU'ELLE NE VOULAIT PAS?	L'a forcée à pratiquer des actes sexuels .....	1	2 3

COMPOTEMENT SEXUEL		MSB
<i>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez vous que vous êtes en privé avec l'enquête.</i>		
<b>MSB1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ?  LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels ..... 00  Age en années .....  1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) femme/partenaire ..... 95	00⇒ Module suivant
<b>MSB2.</b> LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Ne se souvient pas ..... 8	
<b>MSB3.</b> QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?  <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an).            Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours ..... 1 Il y a ... semaines ..... 2 Il y a ... mois ..... 3 Il y a ... ans ..... 4	4⇒MSB15
<b>MSB4.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MSB5.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?  <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i>  <i>Si 'petite amie', demander :            VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS?            Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Epouse/femme ..... 1 Partenaire cohabitante ..... 2 Petite amie ..... 3 Rencontre occasionnelle ..... 4 Prostituée ..... 5  Autre (Préciser) ..... 6	
<b>MSB8.</b> AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MSB15
<b>MSB9.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	

<p><b>MSB10.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i></p> <p><i>Si 'petite amie', demander : VIVEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Epouse/femme ..... 1</p> <p>Partenaire cohabitante ..... 2</p> <p>Petite amie ..... 3</p> <p>Rencontre occasionnelle ..... 4</p> <p>Prostituée ..... 5</p> <p>Autre (Préciser) ..... 6</p>	
<p><b>MSB13.</b> MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2⇒MSB15
<p><b>MSB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Nombre de partenaires.....__ __</p>	
<p><b>MSB15.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?</p> <p><i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i></p> <p><i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i></p>	<p>Nombre de partenaires au cours de la vie .....__ __</p> <p>NSP .....98</p>	

VIH/SIDA		MHA																
<b>MHA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.  AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui ..... 1  Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒ Module suivant																
<b>MHA2.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA6.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :  [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>O</td> <td>N</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>Au cours de la grossesse .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		O	N	NSP	Au cours de la grossesse .....	1	2	8	Pendant l'accouchement .....	1	2	8	En allaitant .....	1	2	8	
	O	N	NSP															
Au cours de la grossesse .....	1	2	8															
Pendant l'accouchement .....	1	2	8															
En allaitant .....	1	2	8															
<b>MHA8A.</b> Vérifier MHA8[A], [B] et [C]:  <input type="checkbox"/> Toutes 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à MHA9.  <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec MHA8B.																		
<b>MHA8B.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8																	
<b>MHA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8																	
<b>MHA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8																	

<b>MHA11.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP / Pas sûr / Ça dépend ..... 8	
<b>MHA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ MHA27
<b>MHA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	
<b>MHA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
<b>MHA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	

CONSOMMATION ET EXPOSITION AU TABAC		MTC
<b>MTC1A.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DU TABAC (DE LA CIGARETTE OU TOUTE AUTRE FORME DE TABAC), MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?	Oui, a fumé juste une ou quelques bouffées ..... 1 Oui, a fumé au moins une dose ou une cigarette entière ..... 2 Non, jamais fumé ..... 3	3⇒ MTC4
<b>MTC1B.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME DU TABAC POUR LA PREMIERE FOIS ?  <i>Si 10 ans ou plus de 10 ans enregistrer l'âge en années révolues</i>	Age ..... ____ ____ ans  Avant l'âge de 10 ans ..... 10 NSP ..... 98	
<b>MTC1.</b> FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Insister pour que l'enquête indique la fréquence de sa consommation de tabac</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ MTC3  3⇒ MTC2B 8⇒ MTC4
<b>MTC2A.</b> PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?	Oui ..... 1  Non ..... 2  NSP ..... 8	1⇒ MTC3  2⇒ MTC3  8⇒ MTC3
<b>MTC2B.</b> PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a fumé tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encrer le code tous les jours</i>	Tous les jours ..... 1  Moins d'une fois par jour ..... 2  Pas du tout ..... 3  NSP ..... 8	1⇒ MTC4  2⇒ MTC4  3⇒ MTC4  8⇒ MTC4
<b>MTC3.</b> EN MOYENNE, QUELLE QUANTITE DE PRODUITS SUIVANTS FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT CHAQUE (jour /semaine) ? INDIQUEZ-MOI EGALEMENT SI VOUS FUMEZ L'UN DE CES PRODUITS, MAIS PAS TOUS LES JOURS (TOUTES LES SEMAINES).  <i>Vérifier MTC1. Si la réponse à MTC1 est "Tous les jours" (code 1), poser la question MTC3 en demandant la quantité fumée « chaque jour ».. Dans le cas contraire, demander la quantité de produits fumés par semaine.</i>  <i>Si la personne interrogée déclare qu'elle fume le produit mais moins souvent que toutes les semaines, inscrire 888</i>  <i>Si la personne interrogée déclare ne pas du tout fumer le produit, inscrire 000.</i>  <i>Vérifier qu'il s'agit du nombre de cigarettes et non de paquets</i>	<b>A.</b> Cigarettes manufacturées ?..... ____ ____  <b>B.</b> Cigarettes roulées a la main ?... ____ ____  <b>D.</b> Pipes remplies de tabac ?.. ____ ____  <b>E.</b> Cigares, cheroots ou cigarillos?.. ____ ____  <b>F.</b> Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) ?..... ____ ____  <b>X.</b> D'autres sortes de tabacs ..... ____ ____ (Preciser) _____	PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE  PAR JOUR/SEMAINE
<b>MTC4.</b> CONSOMMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ MTC6  3⇒ MTC5B 8⇒ MTC6

<b>MTC5A.</b> PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU <u>TABAC SANS FUMEE</u> TOUS LES JOURS ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ MTC6 2⇒ MTC6 8⇒ MTC6
<b>MTC5B.</b> PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a consommé du tabac sans fumée tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encercler le code « tous les jours »</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	
<b>MTC6.</b> SI QUELQU'UN FUME A L'INTERIEUR DE VOTRE DOMICILE, A QUELLE FREQUENCE ? DIRIEZ-VOUS : TOUS LES JOURS, UNE FOIS PAR SEMAINE, UNE FOIS PAR MOIS, MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS OU JAMAIS ?	Tous les jours ..... 1 Une fois par semaine ..... 2 Une fois par mois ..... 3 Moins d'une fois par mois ..... 4 Jamais ..... 5 NSP ..... 8	
<b>MTC7.</b> TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE	Oui..... 1 Non/ Ne travaille pas ..... 2	2⇒ MTC10A
<b>MTC8.</b> TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur ..... 1 A l'extérieur ..... 2 Les deux ..... 3	2⇒ MTC10A
<b>MTC9</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, QUELQU'UN A-T-IL FUME A L'INTERIEUR DES LOCAUX OU VOUS TRAVAILLEZ ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>MTC10A.</b> Vérifier MTC1 (code 1 ou 2 encerclé ?): <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇒ Continuer à MTC10 <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ou non concerné ⇒ Aller à MTC13		
<b>MTC10.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui..... 1 Non ..... 2	
<b>MTC11.</b> AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non ..... 2	2⇒ MTC13
<b>MTC12.</b> LORS D'UNE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS A-T-ON RECOMMANDE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui..... 1 Non ..... 2	
<b>MTC13.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES INFORMATIONS SUR LES MEFAITS DE LA CIGARETTE OU DES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER DIFFUSEES DANS LES JOURNAUX OU LES MAGAZINES ?	Oui..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	
<b>MTC14.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE LES INFORMATIONS SUR LES DANGERS DE LA CIGARETTE OU LES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER DIFFUSEES A LA TELEVISION ?	Oui..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	

<b>MTC15.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES ?	Oui..... 1 Non ..... 2 N'a vu aucun paquet de cigarettes ..... 3	2⇒ MTC17 3⇒ MTC17																					
<b>MTC15A.</b> Vérifier MTC1 (code 1 ou 2 encadré ?):  <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour, continuer à MTC16 <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ou non concerné ⇒ Aller à MTC17																							
<b>MTC16.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, LES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES VOUS ONT-ELLES DONNE ENVIE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8																						
<b>MTC17.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES PUBLICITES SUR LES CIGARETTES OU DES PANNEAUX DE PROMOTION POUR LES CIGARETTES DANS LES LIEUX DE VENTE ?	Oui..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7																						
<b>MTC18.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE L'UN DES TYPES DE PROMOTION SUIVANTS POUR LES CIGARETTES ?  Lire chaque question :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>[A]. ECHANTILLONS GRATUITS DE CIGARETTES ?</td> <td>Echantillons gratuits..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[B]. RABAIS SUR LE PRIX DES CIGARETTES?</td> <td>Rabais sur le prix..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[C]. BONS DE REDUCTION POUR DES CIGARETTES ?</td> <td>Bons de réduction..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[D]. CADEAUX OU REMISE SUR D'AUTRES PRODUITS POUR L'ACHAT DE CIGARETTES?</td> <td>Cadeaux ou remise sur d'autres produits..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[E]. VETEMENTS OU AUTRES ARTICLES PORTANT LE NOM OU LE LOGO D'UNE MARQUE DE CIGARETTES ?</td> <td>Vêtements ou autres articles ..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>[F]. PROMOTION POUR LES CIGARETTES PAR COURRIER?</td> <td>Promotion pour les cigarettes..... 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	[A]. ECHANTILLONS GRATUITS DE CIGARETTES ?	Echantillons gratuits..... 1	2	[B]. RABAIS SUR LE PRIX DES CIGARETTES?	Rabais sur le prix..... 1	2	[C]. BONS DE REDUCTION POUR DES CIGARETTES ?	Bons de réduction..... 1	2	[D]. CADEAUX OU REMISE SUR D'AUTRES PRODUITS POUR L'ACHAT DE CIGARETTES?	Cadeaux ou remise sur d'autres produits..... 1	2	[E]. VETEMENTS OU AUTRES ARTICLES PORTANT LE NOM OU LE LOGO D'UNE MARQUE DE CIGARETTES ?	Vêtements ou autres articles ..... 1	2	[F]. PROMOTION POUR LES CIGARETTES PAR COURRIER?	Promotion pour les cigarettes..... 1	2	
	Oui	Non																					
[A]. ECHANTILLONS GRATUITS DE CIGARETTES ?	Echantillons gratuits..... 1	2																					
[B]. RABAIS SUR LE PRIX DES CIGARETTES?	Rabais sur le prix..... 1	2																					
[C]. BONS DE REDUCTION POUR DES CIGARETTES ?	Bons de réduction..... 1	2																					
[D]. CADEAUX OU REMISE SUR D'AUTRES PRODUITS POUR L'ACHAT DE CIGARETTES?	Cadeaux ou remise sur d'autres produits..... 1	2																					
[E]. VETEMENTS OU AUTRES ARTICLES PORTANT LE NOM OU LE LOGO D'UNE MARQUE DE CIGARETTES ?	Vêtements ou autres articles ..... 1	2																					
[F]. PROMOTION POUR LES CIGARETTES PAR COURRIER?	Promotion pour les cigarettes..... 1	2																					
<b>MTC18A.</b> Vérifier MTC3 (rubrique A >0 ?):  <input type="checkbox"/> Oui, fume actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Continuer à MTC19 <input type="checkbox"/> Non, ne fume pas actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Aller au module suivant																							
<b>MTC19.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ ACHETE DES CIGARETTES/PAQUETS DE CIGARETTES OU CARTOUCHES DE CIGARETTES POUR VOTRE USAGE PERSONNEL, COMBIEN EN AVEZ-VOUS ACHETE ?  Vérifier l'unité avec la répondante avant de consigner le nombre	Cigarettes..... 1 ____ Paquets..... 2 ____ Cartouches..... 3 ____ Autre (Préciser)..... 6 ____	1⇒ MTC20 2⇒ MTC19A 3⇒ MTC19B 6⇒ MTC19C																					
<b>MTC19A.</b> SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ?	Nombre par paquet ..... ____	⇒ MTC20																					
<b>MTC19B.</b> SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ?	Nombre par cartouche ... ____	⇒ MTC20																					
<b>MTC19C.</b> SI AUTRE CONTENANT : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CONTENANT ?  Si NSP, inscrire 998	Nombre par contenant ... ____																						
<b>MTC20.</b> AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ?  Si NSP, inscrire 99998	_____ F CFA																						



CONSOMMATION D'ALCOOL		MTA
<b>MTA14.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL C'EST-A-DIRE DE BIERE, DE VIN, DE COGNAC, VODKA, WHISKY OU RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL MODERNE OU ARTISANAL.  AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?	Oui ..... 1  Non ..... 2	2⇒ Module suivant
<b>MTA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY OU RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL.  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES ?	Jamais bu d'alcool.....00  Age.....	00⇒ Module suivant
<b>MTA15A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?	N'a pas bu au cours des 12 derniers mois.....0 Moins d'1 fois par mois.....1 1 à 3 jours par mois.....2 1 à 4 jours par semaine.....3 5 jours ou plus par semaine.....4	0⇒ Module suivant
<b>MTA16.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?  <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i> <i>Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i> <i>Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i> <i>Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois .....00  Nombre de jours.....0  10 jours ou plus mais moins d'un mois.....10  Chaque jour/Presque chaque jour.....30	00⇒ Module suivant
<b>MTA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses .....	
<b>MTA18.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	<b>Alcool moderne</b> Bière moderne .....11 Vin moderne.....12 Cognac/Vodka/Whisky/Rhum.....13 Autre alcool moderne ( <i>préciser</i> ) .....16  <b>Alcool artisanal</b> Vin de palme/Vin de raphia.....21 Bière de maïs/Kwata.....22 Bili Bili/Bière de mil.....23 Odontol/Arki.....24 Autre alcool artisanal ( <i>préciser</i> ) .....26  Autre alcool ( <i>préciser</i> ) .....96	
<b>MTA19.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum..11 Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum .....12 Verre ou équivalent.....13 Canette .....14 Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum ) .....15 Moyenne bouteille (≈ 50 cl) .....16 Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.)17 Bouteille familiale (≈ 1 l à 1,5l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.).....18 Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ....19 Calebasse .....20  Autre dose ( <i>préciser</i> ) .....96	

SATISFACTION DE LA VIE		MLS
<b>MLS1.</b> Vérifier MWB2: Age du répondant entre 15 et 24 ?  <input type="checkbox"/> Age 25- 59 ⇒ Aller à MWM11  <input type="checkbox"/> Age 15-à 24 ⇒ Continuer avec MLS2		
<b>MLS2.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.  PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUX, ASSEZ HEUREUX, NI HEUREUX NI MALHEUREUX, ASSEZ MALHEUREUX OU TRES MALHEUREUX ?  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole.            Encercler la réponse montrée par l'enquête.</i>	Très heureux .....1 Assez heureux.....2 Ni heureux ni malheureux .....3 Assez malheureux .....4 Très malheureux .....5	
<b>MLS3.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.  POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAIT, ASSEZ SATISFAIT, NI SATISFAIT NI INSATISFAIT, ASSEZ INSATISFAIT OU TRES INSATISFAIT.  VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.  <i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole.            Encercler la réponse montrée par l'enquête pour les questions MLS3 à MLS13.</i>  QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS4.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS5.</b> DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ( <i>actuelle / 2013-2014</i> ), ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒MLS7
<b>MLS6.</b> QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	

<b>MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?</b>	N'a pas de travail .....0 Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS8 QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</b>	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?</b>  <i>Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?</b>	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</b>	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</b>	Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</b>  <i>Si l'enquêté répond qu'il n'a pas de revenu, encrer le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment il se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'il ne le dise de lui-même.</i>	N'a pas de revenu.....0 Très satisfait .....1 Assez satisfait .....2 Ni satisfait ni insatisfait .....3 Assez insatisfait.....4 Très insatisfait .....5	
<b>MLS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?</b>	Améliorée .....1 Plus ou moins la même .....2 Empiré .....3	
<b>MLS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?</b>	Meilleure .....1 Plus ou moins la même .....2 Pire .....3	

**MWM11.** Enregistrer l'heure

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

**MWM12.** Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HLB7 et HL15.






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

☐ *Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquête.*






☐ *Non. ⇒ Terminer l'interview avec cet enquête en le remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture.*

**CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE**

**CARTE COTÉ 1**

<b>Très heureux</b>	<b>Assez heureux</b>	<b>Ni heureux, ni malheureux</b>	<b>Assez malheureux</b>	<b>Très malheureux</b>
				

**CARTE COTÉ 2**

<b>Très satisfait</b>	<b>Assez satisfait</b>	<b>Ni satisfait, ni insatisfait</b>	<b>Assez insatisfait</b>	<b>Très insatisfait</b>
				

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations de la contrôlease/ du contrôleur de terrain**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du superviseur**

RÉPUBLIQUE DU CAMEROUN  
*Paix – Travail – Patrie*

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE



REPUBLIC OF CAMEROON  
*Peace – Work – Fatherland*

NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS

## ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES (MICS 5)

### TEST D'ALPHABETISATION DES ADULTES 15 ANS OU PLUS

Phrases simples pour Test de lecture en français et en anglais

Jean joue dans la cour.  
Paul mange une banane.  
Marie va à l'école.

John plays in the yard.

Paul eats a banana.

Mary goes to school.