



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: Nom _____	HH4. Nom et code du contrôleur /euse: Nom _____	
HH4A. Nom et code du chef d'équipe : Nom _____	HH5. Jour / Mois /Année de l'enquête: ___ / ___ / 2014	
HH6. Milieu de Résidence: Urbain.....1 Rural.....2	HH7. Dia/Ydé/Région : ___ ___ Adamaoua=01, Centre=02, Douala=03, Est=04, Extrême-Nord=05, Littoral=06, Nord=07, Nord-Ouest=08, Ouest=09, Sud=10, Sud-Ouest=11, Yaoundé=12	
HH8. Ménage est sélectionné pour Oui 1 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>		
<p>HH9. Résultat de l'enquête ménage:</p> <p>Rempli.....01 Pas de membre du ménage ou de répondant compétent à la maison au moment de la visite02 Ménage entier absent pour une longue période.....03 Refus.....04 Logement vide/ Pas de logement à l'adresse05 Logement détruit.....06 Logement non trouvé.....07 Autre (Préciser)96</p>		
<p>Une fois le questionnaire ménage rempli, saisir les informations suivantes:</p> <p>HH10. Répondant au questionnaire Ménage: Nom _____ Num.Ligne : ___ ___</p> <p>HH11. Nbre Total membres du ménage: ___ ___</p> <p>HH12. Nbre de femmes de 15-49 ans:.....___ ___</p> <p>Si ménage sélectionné pour enquête Homme: HH13A. Nbre d'hommes de 15-59 ans: . ___ ___</p> <p>HH14. Nbre d'enfants moins de 5 ans:___ ___</p> <p>HH16. Nom et code du contrôleur de saisie : Nom _____</p>		
<p>Une fois tous les questionnaires du ménage remplis, saisir les informations suivantes:</p> <p>HH13. Nbre de questionnaires Femme remplis: ___ ___</p> <p>Si ménage sélectionné pour enquête homme: HH13B. Nbre quest. Homme remplis: ___ ___</p> <p>HH15. Nbre de quest. moins de 5 ans remplis: ___ ___</p> <p>HH17. Nom et code de l'agent de saisie Nom _____</p>		

ED1. Numéro de ligne

ED2. Nom et Age
A copier de HL2 et HL6

ED3. (Nom) EST-IL/ELLE DEJA ALLE(E) A L'ECOLE OU MATERIELLE?

ED4A. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT?
Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP
Si niveau=0, passer à ED5

ED4B. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU?
voir Codes Classe: 98 NSP
Si la 1^{ère} classe du niveau x n'est pas achevée, noter x0.

ED5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE EN COURS, C'EST-A-DIRE 2013-2014, (nom) EST-IL/ELLE ALLE A N'IMPORTE QUEL MOMENT A L'ECOLE MATERNELLE
1 Oui 2 Non ↘ ED7

ED6. DURANT CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE?
Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP
Si niveau=0, passer à ED7

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 MATERNELLE?
1 Oui 2 Non ↘ Ligne suiv.

ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDENTE, A QUELS NIVEAU ET CLASSE (nom) ETAIT-IL/ELLE?
Niveau : 0 Maternelle 1 Primaire 2 Secondaire 3 Supérieur 8 NSP
Si niveau=0, aller à ligne suivante.
Classe: 98 NSP

ED9. CODES CLASSE : ED4B, ED6 ET ED8

Ligne	Nom	Age	Oui	Non	Classe	Oui	Non	Niveau	Classe	Oui	Non	Niveau	Classe	Oui	Non	Niveau	Classe	
01			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
02			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
03			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
04			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
05			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
06			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
07			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
08			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
09			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
10			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
11			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
12			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
13			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
14			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1
15			1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1	2	0 1 2 3 8	1

Primaires (Niveau=1)	= 11
SIL/Class1	= 12
CP/Class2	= 13
CE1/Class3	= 14
CE2/Class4	= 15
CM1/Class5	= 16
CM2/Class6/Class7	= 16

Secondaire (Niveau =2)	
6 ^{ème} /1 ^{ère} A/Form1	= 21
5 ^{ème} /2 ^{ème} A/Form2	= 22
4 ^{ème} /3 ^{ème} A/Form3	= 23
3 ^{ème} /4 ^{ème} A/Form4	= 24
2 ^{nde} G ou T/Form5	= 25
1 ^{ère} G ou T/Lower6	= 26
T ^h G ou T/Upper7	= 27

Supérieur (Niveau =3)	
1 ^{ère} A/1 st year	= 31
2 ^{ème} A/2 nd year	= 32
3 ^{ème} A/3 rd year	= 33
4 ^{ème} A/4 th year	= 34
5 ^{ème} A ou plus/5 th 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.

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

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

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

Trouver la case où la ligne et la colonne se croisent et encercler le numéro qui apparait 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
CL1. Vérifier l'âge de l'enfant sélectionné à SL9: <input type="checkbox"/> 1-4 ans ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> 5-17 ans ⇒ Continuer avec CL2		
CL2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE TOUT TRAVAIL QUE LES ENFANTS DE CE MENAGE PEUVENT FAIRE. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE FAIT UNE DES ACTIVITES SUIVANTES, MEME SI C'EST PENDANT UNE HEURE SEULEMENT? [A] EST-CE QUE (<i>nom</i>) 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 TRAIRES? [B] EST-CE QUE (<i>nom</i>) 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 (<i>nom</i>) A PRODUIT, VENDU DES ARTICLES, DES PRODUITS ARTISANAUX, DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU DES PRODUITS AGRICOLES ? [D] DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, (<i>nom</i>) 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? <i>Si "Non", Insister :</i> SVP, INCLURE N'IMPORTE QUELLE ACTIVITE QUE (<i>nom</i>) 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	
CL3. Vérifier CL2, A à D <input type="checkbox"/> Il y a au moins un 'Oui' ⇒ Continuer avec CL4 <input type="checkbox"/> Toutes les réponses sont 'Non' ⇒ Aller à CL8		
CL4. DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DERNIER, A PEU PRES COMBIEN D'HEURES AU TOTAL EST-CE QUE (<i>nom</i>) A TRAVAILLE SUR CETTE ACTIVITE/CES ACTIVITES? <i>Si moins d'une heure, noter 00</i>	Nombre d'heures __ __	

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

<p>CL10. 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> <hr/>	
<p>CL11. 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>CL12. 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
CD1. 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		
CD2. Inscrire le numéro de ligne et le nom de l'enfant à partir de SL9.	Numéro de Ligne _ _ Nom _____	
CD3. LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR APPRENDRE AUX ENFANTS A BIEN SE COMPORTEUR 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 OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE A UTILISE UNE DE CES METHODES AVEC (nom) 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, BROSSE 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 sur les fesses avec mains nues 1 2 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	
CD4. 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
HC1A. 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	
HC1C. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, LE CHEF DE CE MENAGE APPARTIENT-IL ? <i>Préciser l'ethnie ci-dessous avant d'encercler 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	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIÈCES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	Nombre de pièces ____	
HC3. <i>Principal matériau du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable 11 Bouse 12 Matériau rudimentaire Planche en bois 21 Palme/bambou 22 Matériau fini Parquet ou bois ciré 31 Vinyle ou asphalte 32 Carrelage 33 Ciment 34 Moquette 35 Autre (<i>Préciser</i>) 96	
HC4. <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 Palme / 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>HC5. Principal matériau des murs extérieurs.</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>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS <u>PRINCIPALEMENT</u> POUR LA CUISINE ?</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>HC7. LA CUISINE EST-ELLE HABITUELLEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPRE OU A L'EXTERIEUR ?</p> <p><i>Si 'Dans la maison', insister:</i></p> <p>EST-ELLE FAITE DANS UNE PIECE SEPREE UTILISEE 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>	

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

<p>HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ?</p> <p><i>NB. 1ha=10 000m²=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>HC13. 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>HC14. PARMI LES ANIMAUX SUIVANTS, COMBIEN VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL DE :</p> <p>[A] TETES DE BETAIL, VACHES LATTIERES, 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>HC15. EST-CE QU'UN MEMBRE DE CE MENAGE A UN COMPTE EN BANQUE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	
<p>HC16. 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
TN1. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR ?	Oui1 Non.....2	2⇒ Module suivant
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ?	Nombre de moustiquaires _ _	
TN3. Demander à l'enquêté de vous montrer les moustiquaires du ménage. S'il y en a plus de 3, utiliser un ou des questionnaires supplémentaires.		

	1 ^{ère} Moustiquaire	2 ^{ème} Moustiquaire	3 ^{ème} Moustiquaire
TN4. Moustiquaire observée?	Observée..... 1 Non observée2	Observée..... 1 Non observée2	Observée..... 1 Non observée2
TN5. 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'enquêté(e) des photos de marques/types courants de moustiquaires.</i>	Moustiquaire imprégnée de longue durée OLYSET11 PERMANET12 Autre (Préciser) ____ 16 NSP marque18 Moustiquaires pré qualifiées DURANET21 INTERCEPTOR22 NET PROTECT23 Autre (Préciser) ____ 26 NSP marque28 Autre moustiquaire (Préciser) ____ 36 NSP marque / type98	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 OLYSET11 PERMANET12 Autre (Préciser) ____ 16 NSP marque18 Moustiquaires pré qualifiées DURANET21 INTERCEPTOR22 NET PROTECT23 Autre (Préciser) ____ 26 NSP marque28 Autre moustiquaire (Préciser) ____ 36 NSP marque / type98
TN6. 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
TN7. 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
TN8. 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

TN9. DEPUIS QUE VOUS AVEZ CETTE MOUSTIQUAIRE, A-T-ELLE ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE QUI TUE OU ELOIGNE LES MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN11 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN11
TN10. IL Y A COMBIEN DE MOIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Si moins d'un mois, enregistrer '00'.</i>	Mois..... Plus de 24 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98	Mois..... Plus de 24 mois.....95 NSP / Pas sûr.....98
TN11. EST- CE QUE QUELQU'UN A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE?	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13	Oui.....1 Non.....2 ⇒ TN13 NSP / Pas sûr.....8 ⇒ TN13
TN12. QUI A DORMI SOUS CETTE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE? <i>Enregistrer le numéro de ligne de la personne à partir de la feuille d'enregistrement du ménage.</i> <i>Si une personne qui ne figure pas sur la feuille du ménage a dormi sous une moustiquaire, enregistrer '00'</i>	Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____	Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____	Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____ Nom _____ Numéro de ligne...._____
TN13.	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>Retourner à TN4 pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>	<i>Retourner à TN4 dans la première colonne d'un nouveau questionnaire pour la moustiquaire suivante. S'il n'y a plus de moustiquaire, aller au module suivant.</i>
<i>Cocher ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé. <input type="checkbox"/></i>			

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	

<p>WS5. QUI SE REND HABITUELLEMENT A CETTE SOURCE D'APPROVISIONNEMENT POUR PRENDRE L'EAU POUR VOTRE MENAGE ?</p> <p><i>Insister:</i> EST-CE QUE CETTE PERSONNE A MOINS DE 15 ANS? DE QUEL SEXE ?</p>	<p>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</p>	
<p>WS6. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE POUR RENDRE L'EAU PLUS SAINNE AVANT DE LA BOIRE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒WS8 8⇒WS8</p>
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SAINNE ?</p> <p><i>Insister :</i> AUTRE CHOSE?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>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</p>	
<p>WS8. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS ?</p> <p><i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", insister:</i> OU VONT LES EAUX USEES ?</p> <p><i>Si pas possible de déterminer le type de toilettes, demander la permission de voir les toilettes.</i></p>	<p>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</p>	<p>95⇒Module suivant</p>
<p>WS9. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES PERSONNES QUI NE SONT PAS MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>WS10. 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 ?</p>	<p>Autres ménages seulement (pas publiques) 1 Toilettes publiques..... 2</p>	<p>2⇒Module suivant</p>
<p>WS11. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES, Y COMPRIS VOTRE MENAGE, UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>Nombre de ménages (si moins de 10).. 0 __ Dix ménages ou plus 10 NSP..... 98</p>	

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

HH19. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes _	
-----------------------------------	--------------------------	--

IODATION DU SEL		SI
<p>SI1. 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>	Pas iodé - 0 PPM	1
	Plus de 0 PPM et moins de 15 PPM	2
	15 PPM ou plus	3
	Pas de sel dans le ménage.....	4
	Sel non testé (Précisez la raison).....	5

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

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 ENQUETE CONCERNANT LA SANTE ET LA SITUATION DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 A 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 SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 A 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(<i>Préciser</i>) _____	96

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

WM10. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes : ..	
-----------------------------------	-----------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME	WB
-------------------------------------	-----------

WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois.....__ __ NSP mois..... 98 Année __ __ __ __ NSP année..... 9998	
WB2. 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) __ __	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle..... 0 Primaire..... 1 Secondaire 2 Supérieur..... 3	0⇒WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère}année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrire "x0".</i>	Année/classe __ __	

CODES WB5			
NIVEAU	PRIMAIRE (NIVEAU=1)	SECONDAIRE (NIVEAU=2)	SUPERIEUR (NIVEAU=3)
CLASSE	SIL/Class1 = 11	6 ^{ème} /1 ^{ère} A/Form1 = 21	1 ^{ère} année/1 st year = 31
	CP/Class2 = 12	5 ^{ème} /2 ^{ème} A/Form2 = 22	2 ^{ème} année/2 nd year = 32
	CE1/Class3 = 13	4 ^{ème} /3 ^{ème} A/Form3 = 23	3 ^{ème} année/3 rd year = 33
	CE2/Class4 = 14	3 ^{ème} /4 ^{ème} A/Form4 = 24	4 ^{ème} année/4 th year = 34
	CM1/Class5 = 15	2 nd e G ou T/Form5 = 25	5 ^{ème} année ou plus/5 th year or more = 35
	CM2/Class6/Class7 = 16	1 ^{ère} G ou T/Low er6 = 26	
		T ^{re} G ou T/Upper7 = 27	

WB6. Vérifier WB4:

Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant

Primaire (WB4 = 1) ⇒ Continuer avec WB7

WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée 4 <i>(Préciser langue)</i> A veugle/problème de vue 5	
---	---	--

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

MT

MT1. Vérifier WB7:

- Question laissée vide (la répondante a fait des études secondaires ou supérieures) ⇨ Continuer avec MT2
- Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇨ Continuer avec MT2
- Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇨ Passer à MT3

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

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

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

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

MT4. A QUELLE FREQUENCE 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

MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante ?

- 15-24 ans ⇨ Continuer avec MT6
- 25-49 ans ⇨ Passer au module suivant

MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?

Oui 1
 Non 2

2⇨ MT9

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

Oui 1
 Non 2

2⇨ MT9

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

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

MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ?

Oui 1
 Non 2

2⇨ Module suivant

MT10. 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 quels que soient le lieu et l'appareil.

MT10A. OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?

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

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

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

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
CM1. 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
CM4. 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
CM5. 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__ __	
CM6. 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
CM7. 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.....__ __	
CM8. 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
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés.....__ __ Filles décédées.....__ __	
CM10. Faire la somme des réponses à CM5, CM7 et CM9	Somme__ __	
CM11. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total à CM10</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒Vérifier ci-dessous :</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance vivante ⇒Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i> <input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒Vérifier les réponses aux questions CMI-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES, soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES</i>		

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

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)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	BH8. <i>Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HL1 du questionnaire ménage)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé: QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE 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></i>			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la <i>naissance précédente</i>) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
				G	F					Mois	Année	O	
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	N° de ligne	Unité	Nombre	O N	
01		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ Ligne suivante	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	— —	
02		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
03		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
04		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
05		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
06		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 Années.....3	— —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
07		1 2	1 2	— —	— —	1 2 ↓ BH9	— —	1 2	— — ⇒ BH10	Jours.....1 Mois2 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)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ?		BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?		BH8. Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HL1 du questionnaire ménage) <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé: QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?</i> <i>Si "1 an", insister: QUEL AGE 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></i>			BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?
			G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	Unité		Nombre	O	N	
08		1 Simple 2 Multiple	1	2									→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
09		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
10		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
11		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
12		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
13		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
14		1	2										→ BH10	Jours.....1 Mois2 Années3	1 Ajouter Nais- sance Suivante.		
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) ?															Oui1	1 ⇒ Enregistrer dans l'historique	
															Non2	2	

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**

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

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

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

DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui1 Non.....2	1⇒ Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ?	Plus tard1 Pas d'enfant2	2⇒ Module suivant
DB3. 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>														
<p>MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATAUX AU COURS DE LA GROSSESSE DE(nom) ?</p> <p><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></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2 ⇒ MN5												
<p>MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ?</p> <p><i>Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encrer toutes les réponses données.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>IS/IDEA/Infirmier(e)/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>Autre (Préciser) X</p>													
<p>MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ÉTIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRÉNATAUX POUR LA PREMIÈRE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i></p>	<p>Semaines 1 _ _</p> <p>Mois 2 0 _</p> <p>NSP 998</p>													
<p>MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRÉNATAUX AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</p> <p><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></p>	<p>Nombre de fois _ _</p> <p>NSP 98</p>													
<p>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRÉNATAUX POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?</p> <p>[B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE ?</p> <p>[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <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> </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												
<p>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</p> <p>PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?</p> <p><i>Si un carnet/document est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p>	<p>Oui (carnet vu) 1</p> <p>Oui (carnet non vu) 2</p> <p>Non 3</p> <p>NSP 8</p>													
<p>MN6. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-À-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	2 ⇒ MN9 8 ⇒ MN9												
<p>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p>	8 ⇒ MN9												

MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse ⇒ Aller à MN12 <input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇒ Continuer avec MN9		
MN9. EST-CE QU'À 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 ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒ MN12 8⇒ MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois NSP..... 8	8⇒ MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a années	
MN12. Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Aller à MN17		
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 ?	Oui 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒ MN17 8⇒ MN17
MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? <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'enquêtee.</i>	SP / Fansidar A Chloroquine/Nivaquine B Autre(<i>Préciser</i>) X NSP..... Z	
MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris ⇒ Aller à MN17		
MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ? 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>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (<i>nom</i>) ?</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 (<i>Préciser</i>) X</p> <p>Personne Y</p>	
<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</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>(<i>Nom de l'endroit</i>)</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 (<i>Préciser</i>) 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 (<i>Préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) 96</p>	<p>11⇒MN20</p> <p>12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p>MN19A. 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>MN20. QUAND (<i>nom</i>) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</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>MN21. (<i>Nom</i>) 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>

MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ? <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé1 (kg) __ , __ __ __ De mémoire2 (kg) __ , __ __ __ NSP99998	
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?	Oui 1 Non2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?	Oui 1 Non2	2⇒ Module suivant
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours</i>	Immédiatement 000 Heures 1 __ __ Jours2 __ __ NSP/ Ne se rappelle pas 998	
MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui 1 Non2	2⇒ Module suivant
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé G Thé / Infusions H Miel I Autre (<i>Préciser</i>) X	

EXAMENS DE SANTE POST NATALS

PN

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

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>PN6. 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 un agent de santé communautaire (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES 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 CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN8. EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?</p> <p>PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>PN9. APRES LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE (nom)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ⇒ PN11</p> <p>2 ⇒ PN18</p>
<p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2 ⇒ PN19</p>
<p>PN11. CE CONTROLE 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>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</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>	

<p>PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>IS/IDEA/Infirmier(e)/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/Ami..... H</p> <p>Autre (Préciser) _____ X</p>	
<p>PN14. 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</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 médical privé (Préciser) _____ 36</p> <p>Autre (Préciser) _____ 96</p>	
<p>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 30-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>		
<p>PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ⇒ PN20</p> <p>2 ⇒ Module suivant</p>
<p>PN17. 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, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19</p>		
<p>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>1 ⇒ PN20</p> <p>2 ⇒ Module suivant</p>

<p>PN19. 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>PN20. 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>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ?</p> <p>PN21B. 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>PN22. 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>PN23. 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- sment (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
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas sûre ou NSP 8</p>	1⇒CP2A
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	1⇒CP3
<p>CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non 2</p>	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>AUTRE METHODE ?</p> <p><i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i></p>	<p>Stérilisation féminine A</p> <p>Stérilisation masculine..... B</p> <p>DIU C</p> <p>Injections D</p> <p>Implants E</p> <p>Pilules F</p> <p>Condom masculin G</p> <p>Condom féminin..... H</p> <p>Diaphragme..... I</p> <p>Mousse/gelée J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme L</p> <p>Retrait M</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) X</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> <i>Oui, actuellement enceinte</i> ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Aller à UN5		
UN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ?	Plus tard 1 Pas d'autre enfant 2	
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 ?	Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /NSP 8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine ? <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Continuer avec UN6		
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 ?	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
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	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
UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> <i>Oui, Actuellement enceinte</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Continuer avec UN9		

UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ÊTES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE? <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 Allaite G Trop âgée H Fataliste I Autre (<i>Préciser</i>) X NSP Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIÈRES RÈGLES ONT COMMENCÉ ? <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
MA1. 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
MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister:</i> QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age en années __ __ NSP..... 98	
MA3. 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
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRE A-T-IL ?	Nombre..... __ __ NSP..... 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5. 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
MA5A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIEE OU VIVEZ-VOUS AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui 1 Non 2	
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée..... 3	
MA7. 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
MA8A. 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	
MA8B. 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
MA9. 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

Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez-vous que vous êtes en privé avec l'enquêtée.

<p>DV1. 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 :</p> <p>[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?</p> <p>[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?</p> <p>[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?</p> <p>[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?</p> <p>[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?</p> <p>[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?</p> <p>[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES</p> <p>[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?</p>		Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire	1	2	8
	Néglige les enfants	1	2	8
	Dispute avec lui.....	1	2	8
	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
	Brûle la nourriture.....	1	2	8
	Ne respecte pas ses beaux-parents	1	2	8
	A des ami(es) jugé(es) peu recommandables	1	2	8
Ne s'habille pas à la convenance du mari	1	2	8	

DV2. 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 ?

Encerclé ⇨ Continuer avec DV3

Pas encerclé ⇨ Aller au module suivant

<p>DV3. 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:</p> <p>[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?</p> <p>[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?</p> <p>[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSE?</p> <p>[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?</p> <p>[E] VOUS GIFLE?</p> <p>[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?</p> <p>[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?</p> <p>[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAINE A TERRE?</p> <p>[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?</p> <p>[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?</p> <p>[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?</p> <p>[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?</p>		Souvent	Parfois	Jamais
	Vous fasse quelque chose pour vous humilier	1	2	3
	Vous menace méchamment.....	1	2	3
	Vous insulte ou vous rabaisse.....	1	2	3
	Vous bouscule, secoue.....	1	2	3
	Vous gifle	1	2	3
	Vous torde le bras ou tire les cheveux	1	2	3
	Vous frappe à coups de poing	1	2	3
	Vous donne des coups de pied	1	2	3
	Essaye de vous étrangler	1	2	3
	Vous menace avec un couteau	1	2	3
	Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels	1	2	3
	Vous force à pratiquer des actes sexuels	1	2	3

COMPORTEMENT SEXUEL

SB

Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez-vous que vous êtes en privé avec l'enquêtée.

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

SB9. 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	
SB10. 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> VIVIEZ-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(<i>Préciser</i>) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 6⇒SB12
SB11. Vérifier MA1 et MA7: <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		
SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel__ __ NSP 98	
SB13. 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
SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires__ __	
SB15. 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																		
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8	2⇒ Module suivant																	
HA2. 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA4. 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP.....8																		
HA8. 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Oui</th> <th style="text-align: center;">Non</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au cours de la grossesse</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	Au cours de la grossesse	1	2	8	Pendant l'accouchement	1	2	8	En allaitant	1	2	8		
	Oui	Non	NSP																
Au cours de la grossesse	1	2	8																
Pendant l'accouchement	1	2	8																
En allaitant	1	2	8																
HA8A. 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.																			
HA8B. 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP 8																		
HA9. 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8																		
HA10. 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 ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8																		

HA11. 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																					
HA12. 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																					
HA13. 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																						
HA14. 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																						
HA15. 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 style="text-align: center;">O</th> <th style="text-align: center;">N</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA par la mère</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">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																			
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	2⇒ HA19 8⇒ HA19																				
HA17. 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																				
HA18. 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																				
HA19. 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																						

HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2	
HA22. 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
HA23. 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
HA24. 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
HA25. 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	
HA26. 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
HA27. 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
<p>TC1A. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DU TABAC (DE LA CIGARETTE OU TOUTE AUTRE FORME DE TABAC), MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?</p>	<p>Oui, a fumé juste une ou quelques bouffées 1</p> <p>Oui, a fumé au moins une dose ou une cigarette entière 2</p> <p>Non, jamais fumé 3</p>	3⇒ TC4
<p>TC1B. QUEL AGE AVEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME DU TABAC POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si 10 ans ou plus de 10 ans, enregistrer l'âge en années révolues.</i></p>	<p>Age __ __ ans</p> <p>Avant l'âge de 10 ans 10</p> <p>NSP 98</p>	
<p>TC1. FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?</p> <p><i>Insister pour que l'enquête indique la fréquence de sa consommation de tabac.</i></p>	<p>Tous les jours 1</p> <p>Moins d'une fois par jour 2</p> <p>Pas du tout 3</p> <p>NSP 8</p>	1⇒ TC3 3⇒ TC2B 8⇒ TC4
<p>TC2A. PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	1⇒ TC3 2⇒ TC3 8⇒ TC3
<p>TC2B. PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?</p> <p><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></p>	<p>Tous les jours 1</p> <p>Moins d'une fois par jour 2</p> <p>Pas du tout 3</p> <p>NSP 8</p>	1⇒ TC4 2⇒ TC4 3⇒ TC4 8⇒ TC4
<p>TC3. 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).</p> <p><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></p> <p><i>Si la personne interrogée déclare qu'elle fume le produit mais moins souvent que toutes les semaines, inscrire 888.</i></p> <p><i>Si la personne interrogée déclare ne pas du tout fumer le produit, inscrire 000.</i></p> <p><i>Vérifier qu'il s'agit du nombre de cigarettes et non de paquets.</i></p>	<p>A. Cigarettes manufacturées ?.....__ __</p> <p>B. Cigarettes roulées a la main ?.....__ __</p> <p>D. Pipes remplies de tabac ?.. ..__ __</p> <p>E. Cigares, cheroots ou cigarillos?.. ..__ __</p> <p>F. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) ?.....__ __</p> <p>X. D'autres sortes de tabacs__ __ (Préciser)_____</p>	<p>PAR JOUR/SEMAINE</p> <p>PAR JOUR/SEMAINE</p> <p>PAR JOUR/SEMAINE</p> <p>PAR JOUR/SEMAINE</p> <p>PAR JOUR/SEMAINE</p> <p>PAR JOUR/SEMAINE</p>
<p>TC4. CONSOMMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?</p>	<p>Tous les jours 1</p> <p>Moins d'une fois par jour 2</p> <p>Pas du tout 3</p> <p>NSP 8</p>	1⇒ TC6 3⇒ TC5B 8⇒ TC6

TC5A. 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
TC5B. 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, encercler le code «tous les jours».</i>	Tous les jours 1 Moins d'une fois par jour 2 Pas du tout 3 NSP 8	
TC6. 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	
TC7. TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE ?	Oui 1 Non/ Ne travaille pas 2	2⇨ TC10A
TC8. TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur 1 A l'extérieur 2 Les deux 3	2⇨ TC10A
TC9 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	
TC10A. Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?): <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		
TC10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui 1 Non 2	
TC11. AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2⇨ TC13
TC12. 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	
TC13. 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	
TC14. 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	

TC15. 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																					
TC15A. Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?): <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																							
TC16. 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																						
TC17. 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 concerné7																						
TC18. 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																					
TC18A. Vérifier TC3 (rubrique A > 0 ?): <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																							
TC19. 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> TC19A. SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ? TC19B. SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ? TC19C. 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 _____ ⇒ TC20 Nombre par cartouche _____ ⇒ TC20 Nombre par contenant... _____	1⇒ TC20 2⇒ TC19A 3⇒ TC19B 6⇒ TC19C																					
TC20. AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ? <i>Si NSP, inscrire 99998.</i>	_____ F CFA																						

CONSOMMATION D'ALCOOL		TA
<p>TA14. 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.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	2⇒ Module suivant
<p>TA15. 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.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?</p>	<p>Jamais bu d'alcool 00</p> <p>Age _____</p>	00⇒ Module suivant
<p>TA15A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?</p>	<p>N'a pas bu au cours des 12 derniers mois 0</p> <p>Moins d'1 fois par mois 1</p> <p>1 à 3 jours par mois 2</p> <p>1 à 4 jours par semaine..... 3</p> <p>5 jours ou plus par semaine 4</p>	0⇒ Module suivant
<p>TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL?</p> <p><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></p>	<p>N'a pas bu au cours du dernier mois 00</p> <p>Nombre de jours..... 0 _____</p> <p>10 jours ou plus mais moins d'un mois 10</p> <p>Chaque jour/Presque chaque jour 30</p>	00⇒ Module suivant
<p>TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?</p>	<p>Nombre de doses..... _____</p>	
<p>TA18. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p>Alcool moderne</p> <p>Bière moderne..... 11</p> <p>Vin modeme..... 12</p> <p>Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 13</p> <p>Autre alcool moderne (<i>Préciser</i>)16</p> <p>Alcool artisanal</p> <p>Vin de palme/Vin de raphia21</p> <p>Bière de maïs/Kwata22</p> <p>BiliBili/Bière de mil23</p> <p>Odontol/Arki24</p> <p>Autre alcool artisanal (<i>Préciser</i>)26</p> <p>Autre alcool (<i>Préciser</i>).....96</p>	
<p>TA19. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p>Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum.. 11</p> <p>Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 12</p> <p>Verre ou équivalent..... 13</p> <p>Canette 14</p> <p>Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum) 15</p> <p>Moyenne bouteille (≈ 50 cl) 16</p> <p>Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.)17</p> <p>Bouteille familiale (≈1 l à 1,5l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.)..... 18</p> <p>Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 19</p> <p>Calebasse20</p> <p>Autre dose (<i>Préciser</i>)96</p>	

SATISFACTION DE LA VIE

LS

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

Age 25 à 49 ans ⇒ Aller au module suivant

Age 15 à 24 ans ⇒ Continuer avec LS2

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

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

VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.

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

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

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

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

VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.

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

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

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

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

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

LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE/ 2013-2014, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?

- Oui 1
- Non 2

2⇒LS7

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

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

<p>LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?</p>	<p>N'a pas de travail0</p> <p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</p>	<p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?</p> <p><i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i></p>	<p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?</p>	<p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</p>	<p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</p>	<p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</p> <p><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></p>	<p>N'a pas de revenu0</p> <p>Très satisfaite1</p> <p>Assez satisfaite2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite3</p> <p>Assez insatisfaite.....4</p> <p>Très insatisfaite5</p>	
<p>LS14. 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 ?</p>	<p>Améliorée.....1</p> <p>Plus ou moins la même2</p> <p>Empiré3</p>	
<p>LS15. 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 ?</p>	<p>Meilleure1</p> <p>Plus ou moins la même2</p> <p>Pire.....3</p>	

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

WD6.ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ? SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?	Oui, avec titre foncier..... 1 Oui, sans titre foncier..... 2 Non.....3																															
WD7.ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN NON BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ? SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?	Oui, avec titre foncier..... 1 Oui, sans titre foncier..... 2 Non.....3																															
WD8.ETES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION : [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 style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th style="width:80%;"></th> <th style="width:10%; text-align:center;">Oui</th> <th style="width:10%; text-align:center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Culturelle</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>b) Religieuse</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>c) Politique</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>d) Tontine</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>e) Comité de développement</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>f) Sportive</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>g) Amicale</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>h) Professionnelle</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">2</td></tr> <tr><td>i) Autre (Préciser)</td><td style="text-align:center;">1</td><td style="text-align:center;">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																														
WD8A. Vérifier WD8: <input type="checkbox"/> Réponse 2 encerclée partout ⇒ Aller à WD10 <input type="checkbox"/> Au moins une réponse 1 encerclée ⇒ Continuer à WD9																																
WD9.EXERCEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE DANS CETTE/ AU MOINS UNE DE CES ASSOCIATIONS ?	Oui.....1 Non.....2																															
WD10.AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS OBTENU UN CREDIT?	Oui.....1 Non.....2	2 ⇒ WM11																														
WD10A. A QUOI A SERVI PRINCIPALEMENT LE DERNIER CREDIT OBTENU ?	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																															
WD11.QUELLE A ETE L'ORIGINE DU DERNIER CREDIT QUE VOUS AVEZ OBTENU ?	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

Très heureuse	Assez heureuse	Ni heureuse, ni malheureuse	Assez malheureuse	Très malheureuse
				

CARTE COTE 2

Très satisfaite	Assez satisfaite	Ni satisfaite, ni insatisfaite	Assez insatisfaite	Très insatisfaite
				

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôreuse/ du contrôleur de terrain

Observations du Chef d'équipe

Observations du superviseur

UF12. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes__ __ : __ __	
----------------------------	-------------------------------------	--

AGE	AG	
<p>AG1. 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 Jour98</p> <p>Mois__ __</p> <p>Année.....2 0__ __</p>	
<p>AG2. 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
BR1. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE ? <i>Si oui, demander</i> PUIS-JE LE VOIR ?	Oui, vu1	1⇒Module Suivant 2⇒Module Suivant
	Oui, non vu.....2	
	Non.....3	
	NSP.....8	
BR2. LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) A-T-ELLE ETE ENREGISTREE AUPRES DE L'AUTORITE CIVILE/ L'ETAT CIVIL C'EST-A-DIRE DANS UNE MAIRIE OU DANS UN CENTRE SPECIAL D'ETAT-CIVIL?	Oui1	1⇒ Module Suivant
	Non.....2	
	NSP8	
BR3. SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) ?	Oui1	
	Non.....2	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT		EC																
<p>EC1. COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>) ?</p>	Aucun00 Nombre de livres d'enfant0 __ Dix livres ou plus10																	
<p>EC2. JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON.</p> <p>EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC :</p> <p>[A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ?</p> <p>[B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ?</p> <p>[C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES BASSINES, CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES) ?</p> <p><i>Si l'enquêt(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></p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">O</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">N</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Jouets fabriqués à la maison</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Jouets de magasin</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Objets du ménage ou objets du dehors</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		O	N	NSP	Jouets fabriqués à la maison	1	2	8	Jouets de magasin	1	2	8	Objets du ménage ou objets du dehors	1	2	8	
	O	N	NSP															
Jouets fabriqués à la maison	1	2	8															
Jouets de magasin	1	2	8															
Objets du ménage ou objets du dehors	1	2	8															
<p>EC3. 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.</p> <p>AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE:</p> <p>[A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ?</p> <p>[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 ?</p> <p><i>Si 'jamais', inscrire '0'. Si 'Ne sait pas', inscrire '8'</i></p>	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure __ Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure __																	
<p>EC4. Vérifier AG2: Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuer avec EC5</p>																		
<p>EC5. (<i>Nom</i>) SUI-T-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 ?</p>	Oui..... 1 Non 2 NSP 8																	

<p>EC7. 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 ILLUSTRÉS 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>EC8. 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>EC9. 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>EC10. 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>EC11. 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>EC12. 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>EC13. 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>																																				

EC14. 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	
EC15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	
EC16. 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	
EC17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST FACILEMENT DISTRAIT?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE
BD
BD1. Vérifier AG2: Age de l'enfant

- L'enfant a 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec BD2
- L'enfant a 3 ou 4 ans ⇒ Aller au Module Traitement des maladies

BD2. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A ETE ALLAITE ?	Oui1 Non2 NSP8	2⇒BD4 8⇒BD4
BD3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui1 Non2 NSP8	
BD4. HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) <u>A BU QUELQUE CHOSE A LA BOUTEILLE AVEC TETINE OU AU BIBERON ?</u>	Oui1 Non2 NSP8	
BD5. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) <u>A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) ?</u>	Oui1 Non2 NSP8	
BD6. HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU OU MANGE DES <u>VITAMINES, DES MEDICAMENTS OU DES SUPPLEMENTS MINERAUX ?</u>	Oui1 Non2 NSP8	
BD7. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LES (AUTRES) LIQUIDES QUE (<i>nom</i>) POURRAIT AVOIR PRIS HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT. JE VOUDRAIS SAVOIR SI (<i>nom</i>) A RECU CE LIQUIDE MEME SI COMBINE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. SVP, INCLURE AUSSI TOUS LES LIQUIDES CONSOMMES EN DEHORS DE LA MAISON. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU (<i>Nom de la boisson</i>) HIER, DURANT LE JOUR OU LA NUIT:		
[A] DE L'EAU SIMPLE?	De l'eau	O N NSP 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</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A BU DU LAIT ? <i>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</i> : COMBIEN DE FOIS EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	Nombre de fois préparation pour bébé	—
[F] N'IMPORTE QUELS AUTRES LIQUIDES ? <i>Préciser</i> _____	Autres liquides	1 2 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>											
IM1. 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			
IM2. AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET/CARTE DE VACCINATION POUR (nom) ?		Oui..... 1 Non..... 2						1⇒IM6 2⇒IM6			
IM3. (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									
		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										
IM4. Vérifier IM3. Est-ce que tous les vaccins (de BCG à VAA/FIEVRE JAUNE) sont enregistrés ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à IM19 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec IM5											

<p>IM5. 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 ?</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non/NSP</i> ⇒ Aller à IM19</p>		
<p>IM6. 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 ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒ IM19</p> <p>8⇒ IM19</p>
<p>IM7. 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 ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM8. EST-CE QUE (NOM) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE LA POLIO ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒ IM11</p> <p>8⇒ IM11</p>
<p>IM9. LA PREMIERE FOIS QUE LE VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNE, ETAIT-CE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUMI LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p>	
<p>IM10. 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></p>	<p>Nombre de fois _</p> <p>NSP 8</p>	
<p>IM11. 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></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒ IM16A</p> <p>8⇒ IM16A</p>
<p>IM12. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DTC-HEP B +HIB ENCORE APPELE PENTAVALENT A-T-IL ETE DONNE ?</p>	<p>Nombre de fois _</p>	
<p>IM16A. 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></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2⇒ IM16</p> <p>8⇒ IM16</p>
<p>IM16B. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN PNEUMO A-T-IL ETE DONNE ?</p>	<p>Nombre de fois _</p>	
<p>IM16. 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 ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>IM17. 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></p>	<p>Oui 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	

<p>IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES CAMPAGNES SUIVANTES :</p>	<p>O N NSP</p>	
<p>[A] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MAI 2014</p>	<p>JNV 05 14(POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[B] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO D'AVRIL 2014</p>	<p>JNV 04 14(POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[C] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE MARS 2014</p>	<p>JNV 03 14(POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[D] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE FEVRIER 2014</p>	<p>JNV 02 14(POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[E] JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO DE JANVIER 2014</p>	<p>JNV 01 14(POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[F] AUTRES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION (JNV) CONTRE LA POLIO EN 2013</p>	<p>JNV 2013 (POLIO)..... 1 2 8</p>	
<p>[G] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE</p>	<p>Campagne Rougeole 1 2 8</p>	
<p>[H] CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA FIEVRE JAUNE</p>	<p>Campagne F.J..... 1 2 8</p>	
<p>[I] AUTRE CAMPAGNE DE VACCINATION (CONTRE LA MENINGITE, ETC.)</p>	<p>Autre campagne 1 2 8</p>	
<p>IM20. 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'enquête 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
CA1. 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
CA2. 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	
CA3. 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	
CA3A. AVEZ-VOUS RECHERCHÉ DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT CONTRE LA DIARRHÉE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒CA4 8⇒CA4
CA3B. 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 (CS/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>CA4. AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS:</p> <p>[A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE SRO (PAR EXEMPLE ORASEL) ?</p> <p>[B] UN LIQUIDE SRO PRE-CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE ?</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>CA4A. 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>CA4B. 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 public11</p> <p>Centre de santé (CSI/CS/ Dispensaire/PMI) public12</p> <p>Autre médical publique (Préciser) _____16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital laïc/Clinique privée20</p> <p>Hôpital privé confessionnel21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission25</p> <p>Cabinet médical27</p> <p>Autre médical privé (Préciser) _____26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e)31</p> <p>Boutique32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>GIC/ONG santé34</p> <p>Vendeur informel de médicament35</p> <p>Agent de santé communautaire36</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p>Autre (Préciser) _____96</p>	
<p>CA4C. DURANT LE TEMPS OU (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE, LUI A-T-ON DONNE :</p> <p>[A] DES COMPRIMES DE ZINC ?</p> <p>[B] DU SIROP DE ZINC ?</p> <p>[C] SRO ASSOCIE 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>CA4D. 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>CA4E. OU AVEZ-VOUS EU LE ZINC ?</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>CA4F. AU COURS DE SA DIARRHÉE, EST-CE QU'ON A DONNÉ À BOIRE À (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS :</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>CA5. EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ÉTÉ DONNÉ POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ CA6A</p> <p>8 ⇒ CA6A</p>

<p>CA6. 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. Incrire 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>CA6A. 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>CA6B. 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>CA7. 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>CA8. 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>CA9. 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 seulement1</p> <p>Nez bouché ou qui coulait seulement2</p> <p>Les deux3</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>CA9A. 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>CA10. 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>CA11. 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 Autre (<i>Préciser</i>) X</p>	
<p>CA12. 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>CA13. 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. Inscrive 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>CA13A. 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>CA13B. OU AVEZ-VOUS EU (<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>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA)10</p> <p>Hôpital public11</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 privée20</p> <p>Hôpital privé confessionnel21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/ Mission.....25</p> <p>Cabinet médical27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e)31</p> <p>Boutique32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>GIC/ONG santé34</p> <p>Vendeur informel de médicament35</p> <p>Agent de santé communautaire36</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 96</p>
<p>CA13C. Vérifier CA13 : Antipaludéens mentionnés (codes A à H) ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuer avec CA13D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à CA14</p>	
<p>CA13D. OU AVEZ-VOUS EU (<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>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Centre Médical d'Arrondissement (CMA)10</p> <p>Hôpital public11</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 privée20</p> <p>Hôpital privé confessionnel21</p> <p>Personnel de santé hors d'une structure de santé .22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Centre de santé/Dispensaire confessionnel/Mission 25</p> <p>Cabinet médical27</p> <p>Autre médical privé (<i>Préciser</i>) _____ 26</p> <p>Autre endroit</p> <p>Parent (e)/ Ami (e)31</p> <p>Boutique32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>GIC/ONG santé34</p> <p>Vendeur informel de médicament35</p> <p>Agent de santé communautaire36</p> <p>En avait déjà à la maison40</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 96</p>

<p>CA13E. COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE A COMMENCE, (<i>nom</i>) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (<i>nom de l'antipaludéen déclaré à CA13</i>) ?</p> <p><i>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à CA13, donner le nom de tous les antipaludéens mentionnés.</i></p>	<p>Même jour0 Jour suivant1 2 jours après début de la fièvre2 3 jours après début de la fièvre3 4 jours ou plus après début de la fièvre4</p> <p>NSP8</p>	
<p>CA14. Vérifier AG2 : Age de l'enfant</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Continuer avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 3 ou 4 ans ⇒ Aller à UF13</p>		
<p>CA15. LA DERNIERE FOIS QUE (<i>nom</i>) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?</p>	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines01 Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines02 Jeté / Rincé dans égout ou rigole03 Jeté aux ordures (déchets solides)04 Enterré05 Laissé à l'air libre06</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) _____ 96 NSP98</p>	

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

<p>UF14. 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></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Indiquer à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la/au même répondant (e)</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>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></p> <p><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></p>

ANTHROPOMÉTRIE
AN

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.

AN1. Nom et code du Mesureur :	Nom _____	
AN2. Résultat des mesures de la taille en position debout/allongé et du poids	Une ou les deux mesures 1	
	Enfant non présent 2	2 ⇒ AN6
	Enfant ou gardienne a refusé 3	3 ⇒ AN6
	Autre (Préciser) _____ 6	6 ⇒ AN6
AN3. Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) _ . _	
	Poids non mesuré 99.9	
AN3A. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'a pas été déshabillé jusqu'au minimum		
AN3B. 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).		
AN4. Longueur ou taille de l'enfant	Longueur/Taille _ . _	
	Longueur/Taille pas mesurée 999.9	⇒ AN4B
AN4A. Est-ce que l'enfant a été mesuré couché ou debout ?	Couché 1	
	Debout 2	
AN4B. 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.		
AN4C. 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	

AN6. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?

- Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.
- Non. ⇒ Vérifier s'il y a d'autres questionnaires individuels à faire dans ce ménage.

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôleuse/ 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
<p><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></p>		
MWM1. Numéro séquentiel de Grappe: _____	MWM2. Numéro de ménage : _____	
MWM3. Nom de l'homme : Nom _____	MWM4. Numéro de ligne de l'homme : _____	
MWM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	MWM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2014	

<p><i>Si vous ne l'avez pas déjà fait, se présenter à l'enquêté :</i> 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> 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>	

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

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

MWM10. Enregistrer l'heure	Heure et minutes : ..
-----------------------------------	-----------------------------

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME **MWB**

MWB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance Mois NSP mois 98 Année NSP année 9998	
MWB2. 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) _ _	
MWB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui 1 Non 2	2 ⇒ MWB7
MWB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTENT ?	Maternelle 0 Primaire 1 Secondaire 2 Supérieur 3	0 ⇒ MWB7
MWB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHIEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrivez "x0".</i>	Année/Classe _ _	

CODES MWB5			
LEVEL	PRIMARY (LEVEL=1)	SECONDARY (LEVEL=2)	HIGHER EDUCATION (LEVEL=3)
GRADE/CLASS	SIL/Class1 = 11	6 ^{ème} /1 ^{ère} A/Form1 = 21	1 ^{ère} année/1 st year = 31
	CP/Class2 = 12	5 ^{ème} /2 ^{ème} A/Form2 = 22	2 ^{ème} année/2 nd year = 32
	CE1/Class3 = 13	4 ^{ème} /3 ^{ème} A/Form3 = 23	3 ^{ème} année/3 rd year = 33
	CE2/Class4 = 14	3 ^{ème} /4 ^{ème} A/Form4 = 24	4 ^{ème} année/4 th year = 34
	CM1/Class5 = 15	2 ^{nde} G ou T/Form5 = 25	5 ^{ème} année ou plus/5 th year
	CM2/Class6/Class7 = 16	1 ^{ère} G ou T/Low er6 = 26	or more = 35
		T ^{le} G ou T/Upper7 = 27	

MWB6. Vérifier MWB4:

Secondaire ou supérieur (MWB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant

Primaire (MWB4 = 1) ⇒ Continuer avec MWB7

MWB7. 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 <i>(préciser langue)</i> 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? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation d'Internet quel que soit le lieu et avec n'importe quel appareil.</i>	Oui	1	
	Non	2	2⇒ Module suivant

MMT10A. OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS? N'IMPORTE QUEL 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 (<i>préciser</i>)	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
<p>MCM1. 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.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA EU DES ENFANTS?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒ MCM8 8⇒ MCM8</p>
<p>MCM3. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?</p>	<p>Age en années _ _</p>	
<p>MCM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MCM6</p>
<p>MCM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils à la maison _ _ Filles à la maison..... _ _</p>	
<p>MCM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MCM8</p>
<p>MCM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils ailleurs _ _ Filles ailleurs _ _</p>	
<p>MCM8. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?</p> <p><i>Si "Non" insister et demander : 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 ?</i></p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MCM10</p>
<p>MCM9. COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrer '00'.</i></p>	<p>Fils décédés _ _ Filles décédées _ _</p>	
<p>MCM10. Faire la somme des réponses à MCM5, MCM7 et MCM9.</p>	<p>Somme _ _</p>	

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
MMA1. 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
MMA3. 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
MMA4. COMBIEN D'AUTRES EPOUSES / FEMMES AVEC QUI VOUS VIVEZ COMME SI VOUS ETIEZ MARIE AVEZ-VOUS ?	Nombre __ __	⇒MMA8B
MMA5. 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
MMA5A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIE OU VIVEZ-VOUS AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
MMA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPRE ?	Veuf..... 1 Divorcé..... 2 Séparé 3	
MMA7. 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
MMA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE?	Date du premier mariage Mois __ __ NSP mois98	
MMA8B. 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
MMA9. 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.

	Oui	Non	NSP
MDV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :			
[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

MDV2. 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?

 Encerclé ⇒ Continuer avec MDV3

 Pas encerclé ⇒ Aller au module suivant

	Souvent	Parfois	Jamais
MDV3. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EST-CE QU'IL EST ARRIVE SOUVENT, PARFOIS OU JAMAIS QUE VOUS FASSIEZ UNE DES CHOSES SUIVANTES A VOTRE (DERNIERE) FEMME/PARTENAIRE:			
[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 1	2	3

COMPORTEMENT SEXUEL		MSB
<i>Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez vous que vous êtes en privé avec l'enquêté.</i>		
<p>MSB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ?</p> <p>LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?</p>	<p>N'a jamais eu de rapports sexuels 00</p> <p>Age en années __ __</p> <p>1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) femme/partenaire 95</p>	00⇒ Module suivant
<p>MSB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP / Ne se souvient pas 8</p>	
<p>MSB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an).</i></p> <p><i>Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années.</i></p>	<p>Il y a ... jours 1 __ __</p> <p>Il y a ... semaines 2 __ __</p> <p>Il y a ... mois 3 __ __</p> <p>Il y a ... ans 4 __ __</p>	4⇒MSB15
<p>MSB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>MSB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</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 : VIVIEZ-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 (<i>Préciser</i>) 6</p>	
<p>MSB8. 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>MSB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

<p>MSB10. 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 :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Epouse/femme 1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Prostituée 5 Autre (<i>Préciser</i>) 6</p>	
<p>MSB13. 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 Non 2</p>	2 ⇨ MSB15
<p>MSB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Nombre de partenaires __ __</p>	
<p>MSB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES 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																
MHA1. 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																
MHA2. 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																	
MHA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8																	
MHA4. 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																	
MHA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8																	
MHA6. 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																	
MHA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP 8																	
MHA8. 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 style="text-align: center;">O</td> <td style="text-align: center;">N</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> <tr> <td>Au cours de la grossesse</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">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															
MHA8A. 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.																		
MHA8B. 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																	
MHA9. 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																	
MHA10. 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																	

MHA11. 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	
MHA12. 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	
MHA24. 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
MHA25. 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	
MHA26. 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
MHA27. 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
MTC1A. 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
MTC1B. 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	
MTC1. 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
MTC2A. PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ MTC3 2⇒ MTC3 8⇒ MTC3
MTC2B. 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, encercler 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
MTC3. 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>	A. Cigarettes manufacturées ?..... ___ ___ B. Cigarettes roulées a la main ?... ___ ___ D. Pipes remplies de tabac ?.. ___ ___ E. Cigares, cheroots ou cigarillos?.. ___ ___ F. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) ?..... ___ ___ X. D'autres sortes de tabacs ___ ___ (Préciser) _____	PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE
MTC4. 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

MTC5A. 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
MTC5B. 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	
MTC6. 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	
MTC7. TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE	Oui..... 1 Non/ Ne travaille pas 2	2⇒ MTC10A
MTC8. TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur 1 A l'extérieur 2 Les deux 3	2⇒ MTC10A
MTC9 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	
MTC10A. 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		
MTC10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui..... 1 Non 2	
MTC11. AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non 2	2⇒ MTC13
MTC12. LORS D'UNE CONSULTATION EN 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	
MTC13. 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	
MTC14. 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	

MTC15. 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																					
MTC15A. 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 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																							
MTC16. 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																						
MTC17. 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																						
MTC18. 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																					
MTC18A. 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																							
MTC19. 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> MTC19A. SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ? MTC19B. SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ? MTC19C. 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⇒ MTC20 2⇒ MTC19A 3⇒ MTC19B 6⇒ MTC19C ⇒ MTC20 ⇒ MTC20																					
MTC20. AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ? <i>Si NSP, inscrire 99998</i>	_____ F CFA																						

CONSOMMATION D'ALCOOL		MTA
<p>MTA14. 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.</p> <p>AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2 ⇒ Module suivant
<p>MTA15. 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.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES ?</p>	<p>Jamais bu d'alcool.....00</p> <p>Age..... _____</p>	00 ⇒ Module suivant
<p>MTA15A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?</p>	<p>N'a pas bu au cours des 12 derniers mois..... 0</p> <p>Moins d'1 fois par mois..... 1</p> <p>1 à 3 jours par mois..... 2</p> <p>1 à 4 jours par semaine..... 3</p> <p>5 jours ou plus par semaine..... 4</p>	0 ⇒ Module suivant
<p>MTA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?</p> <p><i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00".</i></p> <p><i>Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours.</i></p> <p><i>Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10".</i></p> <p><i>Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i></p>	<p>N'a pas bu au cours du dernier mois00</p> <p>Nombre de jours 0 _____</p> <p>10 jours ou plus mais moins d'un mois..... 10</p> <p>Chaque jour/Presque chaque jour.....30</p>	00 ⇒ Module suivant
<p>MTA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?</p>	<p>Nombre de doses _____</p>	
<p>MTA18. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p>Alcool moderne</p> <p>Bière moderne 11</p> <p>Vin moderne 12</p> <p>Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 13</p> <p>Autre alcool moderne (<i>préciser</i>) 16</p> <p>Alcool artisanal</p> <p>Vin de palme/Vin de raphia 21</p> <p>Bière de maïs/Kwata 22</p> <p>Bili Bili/Bière de mil 23</p> <p>Odontol/Arki 24</p> <p>Autre alcool artisanal (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Autre alcool (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>MTA19. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p>Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum .. 11</p> <p>Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 12</p> <p>Verre ou équivalent..... 13</p> <p>Canette 14</p> <p>Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum) 15</p> <p>Moyenne bouteille (≈ 50 cl) 16</p> <p>Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.) 17</p> <p>Bouteille familiale (≈ 1 l à 1,5 l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.) 18</p> <p>Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum 19</p> <p>Calebasse 20</p> <p>Autre dose (<i>préciser</i>) 96</p>	

SATISFACTION DE LA VIE

MLS

MLS1. Vérifier MWB2: Age du répondant entre 15 et 24 ?

- Age 25- 59 ⇨ Aller à MWM11
- Age 15-à 24 ⇨ Continuer avec MLS2

MLS2. 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.

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

- Très heureux1
- Assez heureux.....2
- Ni heureux ni malheureux3
- Assez malheureux4
- Très malheureux5

MLS3. 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.

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.

QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE DE FAMILLE?

- Très satisfait1
- Assez satisfait2
- Ni satisfait ni insatisfait3
- Assez insatisfait.....4
- Très insatisfait5

MLS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?

- Très satisfait1
- Assez satisfait2
- Ni satisfait ni insatisfait3
- Assez insatisfait.....4
- Très insatisfait5

MLS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE (*actuelle / 2013-2014*), ETES-VOUS ALLE A L'ECOLE ?

- Oui1
- Non.....2

2⇨MLS7

MLS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?

- Très satisfait1
- Assez satisfait2
- Ni satisfait ni insatisfait3
- Assez insatisfait.....4
- Très insatisfait5

<p>MLS7. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?</p>	<p>N'a pas de travail 0</p> <p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS8 QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ?</p> <p><i>Au besoin, expliquez que la question fait référence à l'environnement où il vit, notamment le quartier et l'habitat.</i></p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS, VOUS TRAITENT ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</p>	<p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>MLS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</p> <p><i>Si l'enquêté répond qu'il n'a pas de revenu, encercler le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment il se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'il ne le dise de lui-même.</i></p>	<p>N'a pas de revenu 0</p> <p>Très satisfait 1</p> <p>Assez satisfait 2</p> <p>Ni satisfait ni insatisfait 3</p> <p>Assez insatisfait 4</p> <p>Très insatisfait 5</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Améliorée 1</p> <p>Plus ou moins la même 2</p> <p>Empiré 3</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Meilleure 1</p> <p>Plus ou moins la même 2</p> <p>Pire 3</p>	

MWM11. Enregistrer l'heure

Heure et minutes __ : __

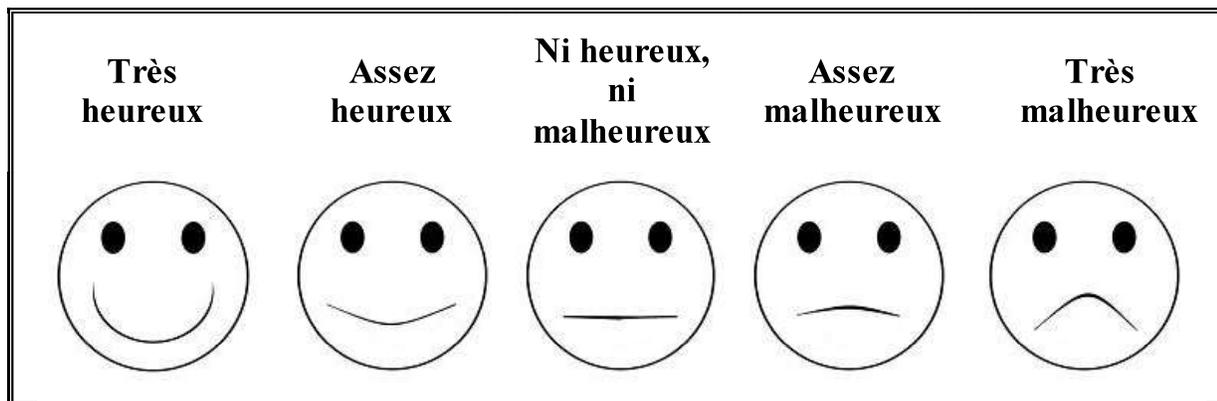
MWM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HLB7 et HL15.

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

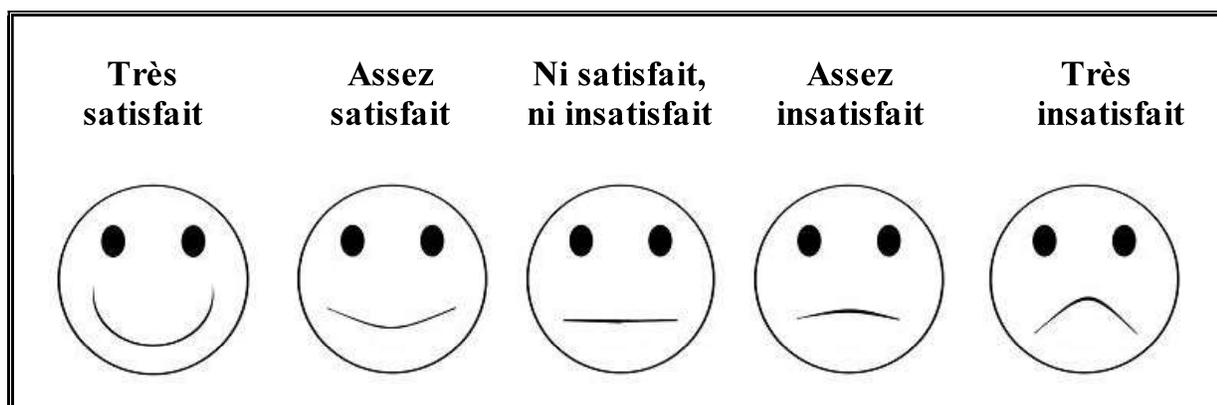
- Oui. ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cet enquêté.*
- Non. ⇒ Terminer l'interview avec cet enquêté en le remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire homme (MWM7) sur la page de couverture.*

CARTE REPONSE POUR SATSIFACTION DE VIE

CARTE COTÉ 1



CARTE COTÉ 2



Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôleuse/ 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.