

ANNEXE DEUX

QUESTIONNAIRES STANDARDS, MODULES ADDITIONNELS ET MODULES OPTIONNELS

Trois questionnaires standards ont été conçus pour MICS3 : (1) le Questionnaire Ménage ; (2) le Questionnaire Individuel de la Femme ; et, (3) le Questionnaire des Enfants de Moins de Cinq Ans.

Ces questionnaires comprennent des MODULES STANDARDS, présentés ci-dessous en MAJUSCULES. Il est également mis à la disposition des pays, d'une part, un certain nombre de Modules Additionnels, à utiliser en fonction de leur pertinence et de leur caractère approprié, et d'autre part, des *modules optionnels*, qui pourraient être utilisés en fonction de l'intérêt accordé par le pays aux points couverts. Les modules additionnels et *optionnels* sont à insérer aux questionnaires standards, que ce soit en ajout ou en remplacement des MODULES STANDARDS de ces questionnaires standards. Reférez-vous au Chapitre 3 pour avoir des informations plus détaillées sur l'articulation et l'agencement des questionnaires, ainsi que sur les contenus des modules.

Questionnaire Ménage	Questionnaire Individuel de la Femme	Questionnaire des Enfants de Moins de 5 Ans
PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE Elargi EDUCATION EAU ET ASSAINISSEMENT CARACTERISTIQUES Complémentaires DU MENAGE + Sécurité de la Propriété et Durabilité du Logement Moustiquaires traitées aux Insecticides (MII) & <i>Source et Coût des moustiquaires imprégnées</i> Orphelins et Enfants Rendus Vulnérables du fait du VIH/SIDA TRAVAIL DES ENFANTS <i>Discipline de l'Enfant</i> <i>Handicap</i> <i>Mortalité Maternelle</i> IODATION DU SEL	PANNEAU D'INFORMATION DES FEMMES MORTALITE DES ENFANTS ANATOXINE TETANIQUE SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE avec Traitement Préventif Intermitent pour les Femmes Enceintes UNIONS/MARIAGE + Polygamie Sécurité de la Propriété CONTRACEPTION et Besoins Non-Satisfaits Excision/Mutilation Génitale Féminine <i>Attitudes vis-à-vis de la Violence Domestique</i> Comportement Sexuel VIH/SIDA	PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION DE LA PETITE ENFANCE <i>Développement de l'Enfant</i> VITAMINE A ALLAITEMENT SOINS DES ENFANTS MALADES + Source et Coût des SRO et des Antibiotiques Paludisme + <i>Source et Coût des Antipaludéens</i> VACCINATION ANTHROPOMETRIE

CARACTERISTIQUES DE CONCEPTION

Tous les modules – standards, additionnels et optionnels – ont un format de présentation commun et des styles de présentation qui donnent des indications sur les différentes composantes des questionnaires. Ces caractéristiques ont été introduites pour faciliter la formation des agents, la saisie des données et la comparabilité des questionnaires entre pays :

- Les questions que les agents enquêteurs auront à poser sont en PETITES MAJUSCULES.
- Les modalités ou catégories des réponses sont en minuscules.
- Toutes les instructions aux enquêteurs sont *en minuscules et en italique*.
- Les (*mots en italique entre parenthèses*) doivent être remplacés par l'enquêteur pendant l'interview de façon appropriée.
- Les (*mots en italique et gras entre parenthèses*) doivent être remplacés pendant la phase d'adaptation des questionnaires de façon appropriée.
- Dans chaque module, les numéros des questions commencent toujours par "1", précédé de deux lettres indiquant le nom du module.
- Les zones grisées en clair dans le questionnaire indiquent les questions et les filtres qui ne doivent pas être lus par l'enquêteur, mais devraient être codés, en fonction de réponses ou d'observations précédentes.
- Les modalités/catégories de réponses sous forme de lettre alphabétique sont utilisées pour indiquer les questions pour lesquelles plusieurs réponses sont possibles, peuvent être acceptées et codées. Les chiffres sont, quant à eux, utilisés pour indiquer les questions pour lesquelles seule une réponse devrait être codée. C'est le cas pour la majorité des questions.
- NSP est utilisé comme abréviation de "Ne Sait Pas".
- Pour les catégories de réponse numérique, les codes '8', '98', '998' et '9998' servent à indiquer les réponses "NSP"; et les codes 6', '96', '996' et '9996' servent à enregistrer les réponses "Autre".
- Dans le cas des questions acceptant des lettres alphabétiques comme catégories de réponses, "X" est utilisé pour "Autre", "Y" pour "Aucun" et "Z" pour "NSP".
- Les instructions de sauts sont présentées à la droite des modalités/catégories de réponses, dans une colonne de sauts en principe, et indiquent le numéro de la question vers laquelle l'enquêteur devrait aller (3⇒HC).

Pour de plus amples informations sur la manière d'adapter les questionnaires au contexte du pays, référez-vous au Chapitre 3.



QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE (*nom de l'organisme du pays*). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON (*nombre*) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER AVEC LE CHEF DU MENAGE ET TOUTES LES MERES OU AUTRES PERSONNES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DANS LE MENAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencer l'interview.*

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE MENAGE		HH
HH1. Numéro de grappe: _____	HH2. Numéro de ménage : _____	
HH3. Nom et numéro de code de l'enquêteur : Nom _____	HH4. Nom et numéro de code du contrôleur : Nom _____	
HH5. Jour/Mois/Année de l'interview : _____ / _____ / _____		
HH6. Milieu : Urbain..... 1 Rural..... 2	HH7. Région: Région 1..... 1 Région 2..... 2 Région 3..... 3 Région 4..... 4	
HH 8. Nom du chef de ménage : _____		
<i>Après avoir complété tous les questionnaires du ménage, remplir les informations suivantes :</i>		
HH9. Résultat de l'interview du ménage : Rempli 1 Pas à la maison..... 2 Refusé 3 Logement non trouvé/détruit..... 4 Autre (<i>à préciser</i>) _____ 6	HH10. Nom de l'enquêté(e) du questionnaire ménage : Nom : _____ No de ligne : _____	
HH12. Nombre de femmes éligibles : _____	HH11. Nombre total des membres du ménage : _____	
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : _____	HH13. Nombre de questionnaires femme remplis: _____	
	HH15. Nombre de questionnaires enfants de moins de 5 ans remplis : _____	
Observations de l'enquêteur/contrôleur : <i>Utiliser cet espace pour enregistrer toute observation sur ce ménage enquêté, telle que l'information sur les visites de rappel, feuilles des interviews individuelles incomplètes, nombre de visites, etc.</i>		
HH16. Numéro de code de l'agent de saisie : _____		

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE										HL									
POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE Enregistrer le chef de ménage à la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3), et leur sexe (HL4). Ensuite, demander: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 12 membres dans le ménage. Cocher ici si une autre feuille est utilisée <input type="checkbox"/>										Pour les enfants âgés de 0-17 ans, poser les questions de HL9-HL12									
Éligible pour :																			
QUESTION -NAIRE FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	QUESTION ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	HL9.	HL10.	HL11.	HL12.	HL6.	HL7.	HL8.										
HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ELLE DE SEXE MASCULIN OU FEMININ ? 1 MAS. 2 FEM.	HL5. QUEL AGE (nom) A VAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer en années révolues 98=NSP*	HL6. Encercler le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5-14: QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/gardienn	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? no. de ligne de la mère/gardienn	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON → HL11 8 NSP → HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'Non'	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne du père ou 00 pour 'Non'									
LIGNE	NOM	REL.	M	F	AGE	15-49	MERE	MERE	O	N	NSP	MERE	O	N	NSP	PERE			
01		0	1	2		01									1	2	8		
02			1	2		02									1	2	8		
03			1	2		03									1	2	8		
04			1	2		04									1	2	8		
05			1	2		05									1	2	8		
06			1	2		06									1	2	8		
07			1	2		07									1	2	8		
08			1	2		08									1	2	8		

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUEL EST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU- LIN OU FEMI- NIN ? 1 MAS. 2 FEM.	HL5. QUEL AGE A (nom)? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrer en années révolues 98=NSP*	HL6. Encercler le numéro de ligne si la femme est âgée de 15-49	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5-14: QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne/ de la mère/ gardiennne	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardiennne	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON → HL11 8 NSP → HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'Non'	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOUJOURS EN VIE? 1 OUI 2 NON → 8 NSP → LIGNE SUIV. LIGNE SUIV.	HL12. Si en vie : EST-CE QUE LE PERE BIOLOGIQUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne du père ou 00 pour 'Non'	
LIGNE	NOM	REL.	M F	AGE	15-49	MERE	MERE	O N NSP	MERE	O N NSP	PERE	
09		—	1 2	—	09	—	—	1 2 8	—	1 2 8	—	
10		—	1 2	—	10	—	—	1 2 8	—	1 2 8	—	
11		—	1 2	—	11	—	—	1 2 8	—	1 2 8	—	
12		—	1 2	—	12	—	—	1 2 8	—	1 2 8	—	
Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI — MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? Si oui, enregistrer le nom de l'enfant et compléter la feuille de ménage.												
Ensuite, compléter les totaux ci-dessous.												
Total						Femmes 15-49	Enfants 5-14	Enfants moins de 5 ans				

* Voir instructions: A utiliser seulement dans les ménages où vivent des membres âgés (c'est à dire le code « ne sait pas/âgés de plus de 50 ans »).
Maintenant, pour chaque femme âgée de 15-49 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne et les autres informations d'identification du Panneau d'Information du Questionnaire Femme.
Pour chaque enfant de moins de 5 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne ET le numéro de ligne de la mère ou de la gardienne dans le Panneau d'Information du Questionnaire des Enfants de moins de 5 ans.

Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de cinq ans dans le ménage.

* Codes pour : Lien de parenté avec le chef de ménage :

- 01 = Chef de ménage
- 02 = Femme ou Mari
- 03 = Fils ou Filles
- 04 = Gendre ou Belle-fille
- 05 = Petit-fils ou Petite fille
- 06 = Mère ou Père
- 07 = Beau-père ou Belle-mère
- 08 = Frère ou Sœur
- 09 = Beau-frère ou Belle-sœur
- 10 = Oncle ou Tante
- 11 = Niece ou Neveu par le sang
- 12 = Niece ou Neveu par mariage
- 13 = Autre parent
- 14 = Enfant adopté ou Enfant en garde ou Enfant du conjoint
- 15 = Sans parenté
- 98 = Ne sait pas

MODULE EDUCATION		Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans											
Pour les membres du ménage de 5 ans et plus		Pour les membres du ménage âgés de 5-24 ans											
ED1. No. de ligne.	ED1A. Nom	ED2. (Nom) A-T-IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	ED3. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE (nom) A ATTEINT? QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ?	ED4. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE (2004-2005), (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED5. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST- IL ALLE A L'ECOLE?	ED6. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE EST/ETAIT (nom) ?	ED7. AU COURS DE L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDETE (2003-2004)? (nom) AVAIT-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE A UN CERTAIN MOMENT ?	ED8. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE PRECEDETE, A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE ETAIT (nom) ?					
LIGNE	OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NO	JOURS	NIVEAU	CLASSE	O N NSP	NIVEAU	CLASSE			
01	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
02	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
03	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
04	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
05	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
06	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
07	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
08	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
09	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
10	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
11	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			
12	1	2 → LIGNE SUIV	0 1 2 3 6 8	1	2	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8	1 2 8	0 1 2 3 6 8	0 1 2 3 6 8			

<p>WS6. HABITUELLEMENT, QUE FAITES-VOUS POUR RENDRE L'EAU QUE VOUS BUVEZ PLUS SALUBRE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i></p>	<p>La faire 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 Laisser reposer F</p> <p>Autre (à préciser) _____ X NSP Z</p>	
<p>WS7. HABITUELLEMENT, QUEL TYPE DE TOILETTES LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE UTILISENT-ILS?</p> <p><i>Si « Chasse d'eau » ou « Chasse manuelle », Insister: PAR OU PASSENT LES EAUX USEES?</i></p> <p><i>Si nécessaire, demander la permission pour voir les toilettes.</i></p>	<p>Chasse d'eau / chasse manuelle Chasse branchée à l'égout11 Chasse branchée à fosse septique12 Chasse branchée à latrines13 Chasse branchée à autre chose14 Chasse branchée à endroit inconnu/pas sûr/NSP où15</p> <p>Latrines améliorées auto aérées (LAA)21 Latrines couvertes22 Latrines à fosse / trou ouvert.....23</p> <p>Toilettes à compostage.....31 Seaux/tinettes41 Toil. suspendues/latrines suspendues51</p> <p>Pas de toilettes ou brousse ou champ95</p> <p>Autre (à préciser) _____ 96</p>	<p>95⇒MODU LE SUIVANT</p>
<p>WS8. PARTAGEZ-VOUS CES TOILETTES AVEC D'AUTRES MENAGES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p>WS9. AU TOTAL, COMBIEN DE MENAGES UTILISENT CES TOILETTES ?</p>	<p>No. de ménages (si moins de 10) 0 ____</p> <p>Dix ménages ou plus10 NSP98</p>	

MODULE SUR LES CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC
HC1A. QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE MENAGE ?	<i>Religion 1</i> 1 <i>Religion 2</i> 2 <i>Religion 3</i> 3 Autre religion (<i>à préciser</i>) 6 Pas de religion 7	
HC1B. QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE/LANGUE NATALE DU CHEF DE MENAGE ?	<i>Langue 1</i> 1 <i>Langue 2</i> 2 <i>Langue 3</i> 3 Autre langue (<i>à préciser</i>) 6	
HC1C. QUELLE EST L'ETHNIE DU CHEF DE MENAGE ?	<i>Groupe ethnique 1</i> 1 <i>Groupe ethnique 2</i> 2 <i>Groupe ethnique 3</i> 3 Autre groupe ethnique (<i>à préciser</i>) 6	
HC2. DANS CE MENAGE, COMBIEN DE PIECES UTILISEZ-VOUS POUR DORMIR ?	No. de pièces _ _	
HC3. Principal matériel du sol : <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Terre/sable11 Bouse12 Matériau rudimentaire Planche en bois21 Palmes/bambou22 Matériau fini Parquet or bois ciré31 Vinyle ou asphalte32 Carrelage33 Ciment34 Moquette35 Autre (<i>à préciser</i>) 96	
HC4. Principal matériel du toit. <i>Enregistrer l'observation.</i>	Matériau naturel Pas de toit11 Chaume/feuille de palmier12 Herbe13 Matériau rudimentaire Natte21 Palmes/bambou22 Planches de bois23 Matériau fini Métal31 Bois32 Zinc/Fibre de ciment33 Tuiles34 Ciment35 Shingles36 Autre (<i>à préciser</i>) 96	

<p>HC5. Principal matériel des murs.</p> <p><i>Enregistrer l'observation.</i></p>	<p>Matériau naturel</p> <p>Pas de murs11</p> <p>Canne/palmes/troncs12</p> <p>Motte de terre.....13</p> <p>Matériau rudimentaire</p> <p>Bambou avec boue21</p> <p>Pierre avec boue22</p> <p>Adobe non recouvert.....23</p> <p>Contre-plaqué24</p> <p>Carton25</p> <p>Bois de récupération26</p> <p>Matériau fini</p> <p>Ciment31</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>à préciser</i>)96</p>																						
<p>HC6. DANS VOTRE MENAGE, QUEL TYPE DE COMBUSTIBLE UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT POUR LA CUISINE ?</p>	<p>Électricité01</p> <p>Gaz propane liquéfié (GPL)02</p> <p>Gaz naturel03</p> <p>Bio-gaz04</p> <p>Kérosène05</p> <p>Charbon / Lignite06</p> <p>Charbon de bois07</p> <p>Bois.....08</p> <p>Paille/branchages/herbes09</p> <p>Bouse10</p> <p>Résidus agricoles11</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>)96</p>	<p>01⇒HC8</p> <p>02⇒HC8</p> <p>03⇒HC8</p> <p>04⇒HC8</p>																					
<p>HC7. DANS CE MENAGE, EST-CE QUE VOUS CUISINEZ SUR UN FEU A CIEL OUVERT, UN FOUR OUVERT OU UN FOUR FERME ?</p> <p><i>Insister sur le type.</i></p>	<p>Feu à ciel ouvert 1</p> <p>Four ouvert 2</p> <p>Four fermé 3</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) 6</p>	<p>3⇒HC8</p> <p>6⇒HC8</p>																					
<p>HC7A. EST-CE QUE LE FEU/ FOUR A UNE CHEMINEE OU UNE HOTTE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>																						
<p>HC8. EST-CE QUE LA CUISINE EST GENERALEMENT FAITE DANS LA MAISON, DANS UN BATIMENT SEPARÉ OU A L'EXTERIEUR ?</p>	<p>À la maison 1</p> <p>Dans un autre bâtiment..... 2</p> <p>À l'extérieur..... 3</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) 6</p>																						
<p>HC9. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS :</p> <p>L'ELECTRICITE ?</p> <p>LA RADIO ?</p> <p>LA TELEVISION ?</p> <p>UN TELEPHONE MOBILE ?</p> <p>UN TELEPHONE FIXE?</p> <p>UN REFRIGERATEUR ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: right;">Non</td> </tr> <tr> <td>Électricité</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Radio</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Télévision.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone mobile</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Téléphone fixe</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Réfrigérateur.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Électricité	1	2	Radio	1	2	Télévision.....	1	2	Téléphone mobile	1	2	Téléphone fixe	1	2	Réfrigérateur.....	1	2	
	Oui	Non																					
Électricité	1	2																					
Radio	1	2																					
Télévision.....	1	2																					
Téléphone mobile	1	2																					
Téléphone fixe	1	2																					
Réfrigérateur.....	1	2																					
<p>HC10. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE :</p> <p>UNE MONTRE ?</p> <p>UNE BICYCLETTE?</p> <p>UNE MOTOCYCLETTE OU UN SCOOTER ?</p> <p>UNE CHARRETTE TIREE PAR UN ANIMAL?</p> <p>UNE VOITURE OU UN CAMION?</p> <p>UN BATEAU A MOTEUR ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Oui</td> <td style="text-align: right;">Non</td> </tr> <tr> <td>Montre</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bicyclette</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Motocyclette/Scooter</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Charrette avec animal.....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Voiture/Camion</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>Bateau à moteur</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		Oui	Non	Montre	1	2	Bicyclette	1	2	Motocyclette/Scooter	1	2	Charrette avec animal.....	1	2	Voiture/Camion	1	2	Bateau à moteur	1	2	
	Oui	Non																					
Montre	1	2																					
Bicyclette	1	2																					
Motocyclette/Scooter	1	2																					
Charrette avec animal.....	1	2																					
Voiture/Camion	1	2																					
Bateau à moteur	1	2																					

SALT IODIZATION MODULE**SI**

SI1. NOUS VOUDRIONS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. PUIS-JE VOIR UN ECHANTILLON DU SEL UTILISE LA NUIT DERNIERE POUR PREPARER LE REPAS PRINCIPAL POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?

Pas iodé 0 PPM 1
 Moins de 15 PPM 2
 15 PPM ou plus 3
 Pas de sel à la maison 6
 Sel pas testé 7

Une fois que vous avez examiné le sel, encerclez le numéro qui correspond au résultat du test.

SI2. *Y a-t-il des femmes éligibles âgées de 15-49 ans qui vivent dans le ménage?*

Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL6. Vous devez avoir un questionnaire dont le Panneau d'Information est rempli pour chaque femme éligible.

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

Non ⇒ Continuer.

SI3. *Y a-t-il des enfants de moins de 5 ans qui vivent dans le ménage?*

Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8. Vous devez avoir un questionnaire dont le panneau d'information est rempli pour chaque enfant éligible.

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

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



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE LA FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL6 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque femme éligible. Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.</i></p>		
WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____	
WM3. Nom de la femme : _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : _____	
WM5. Nom et numéro de code de l'enquêtrice : _____	WM6. Jour/Mois/Année de l'interview : ____/____/____	
WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli..... 1 Pas à la maison..... 2 Refusé..... 3 Rempli partiellement 4 Incapacité..... 5 Autre (à préciser)..... 6	

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

NOUS SOMMES DE (**nom de l'organisme du pays**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON (**nombre**) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REponses NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE REpondre AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REpondre, ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

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

WM8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance :	
	Mois NSP mois.....98	
WM9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Année NSP Année9998	
	Âge (en années révolues).....	

WM10. AVEZ-VOUS FREQUENTE L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2	2⇒WM14
WM11. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT : PRIMAIRE, SECONDAIRE OU SUPERIEUR ?	Primaire 1 Secondaire..... 2 Supérieur 3 Programme non-formel 6	
WM12. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?	Classe..... _ _	
<p>WM13. Vérifier WM11:</p> <p><input type="checkbox"/> Secondaire ou plus ⇒ Passer au Module Suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Primaire ou programme non-formel ⇒ Continuer avec WM14</p>		
<p>WM14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.</p> <p><i>Montrer les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i></p> <p>POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?</p> <p><i>Exemple de phrases pour le test d'alphabétisation :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>L'enfant lit un livre.</i> 2. <i>Les pluies sont en retard cette année.</i> 3. <i>Les parents doivent prendre soin de leurs enfants.</i> 4. <i>Le travail des champs est dur.</i> 	<p>Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire toute la phrase 3 Pas de carte dans langue qui convient _____ 4 <i>(langue à préciser)</i> Aveugle/muet, problème de vue/audition ... 5</p>	

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

<p>CM10. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Passer à CM11</p> <p><input type="checkbox"/> No. ⇒ Vérifier les réponses et corriger avant de passer à CM11</p>		
<p>CM11. DE TOUTES CES (<i>nombre total</i>) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS EU LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E)) ?</p> <p><i>Si le jour n'est pas connu, noter '98' dans l'espace pour jour.</i></p>	<p>Date de la dernière naissance</p> <p>Jour/Mois/Année ___ / ___ / _____</p>	
<p>CM12. Vérifier CM11: Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est à dire, depuis (jour et mois de l'interview en 2003)?</p> <p><i>Si l'enfant est décédé, il faut parler avec compassion quand vous faites référence à cet enfant par son nom dans les modules suivants.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Passer au module UNION/MARIAGE</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec CM13</p> <p style="text-align: center;"><i>Nom de l'enfant</i></p>		
<p>CM13. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD, OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ?</p>	<p>À ce moment-là..... 1</p> <p>Plus tard 2</p> <p>Ne plus/ne pas avoir d'enfant..... 3</p>	

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

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN															
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CMI2 et inscrire ici le nom du dernier enfant</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>																	
<p>MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE <i>nom</i>], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrer la capsule de 200,000 UI ou le flacon.</i></p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p><i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A Infirmière/sage-femme B Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X Personne Y</p>	Y⇒MN7															
<p>MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>MN3A. AVEZ-VOUS ÉTÉ PÉSEÉ ? MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ? MN3C. AVEZ-VOUS DONNÉ UN ÉCHANTILLON D'URINE ? MN3D. AVEZ-VOUS DONNÉ DU SANG ?</p>	<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> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Tension.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Urine.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Sang.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids.....	1	2	Tension.....	1	2	Urine.....	1	2	Sang.....	1	2	
	Oui	Non															
Poids.....	1	2															
Tension.....	1	2															
Urine.....	1	2															
Sang.....	1	2															
<p>MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN5. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUÉ UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	2⇒MN7 8⇒MN7															
<p>MN6. JE NE VEUX PAS CONNAÎTRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN7. QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (<i>nom</i>) ?</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A Infirmière/sage-femme B Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X Personne Y</p>																

<p>MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Domicile</p> <p>Votre domicile11</p> <p>Autre domicile12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental21</p> <p>Clinique gouv./Centre de santé gouv.22</p> <p>Autre public (<i>à préciser</i>) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé31</p> <p>Clinique privée32</p> <p>Maternité privée33</p> <p>Autre médical</p> <p>privé (<i>à préciser</i>) _____ 36</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (<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>MN10. (<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⇒MN12</p> <p>8⇒MN12</p>
<p>MN11. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>De la carte 1 (kilogrammes) __ . ____</p> <p>De mémoire .. 2 (kilogrammes) __ . ____</p> <p>NSP99998</p>	
<p>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i></p> <p><i>Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement000</p> <p>Heures 1 ____</p> <p>ou</p> <p>Jours2 ____</p> <p>NSP/Ne se rappelle pas.....998</p>	

MODULE SUR L'UNION/MARIAGE		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⇒MA3
MA2. QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues __ __ NSP98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME ?	Oui, a été mariée 1 Oui, a vécu avec un homme 2 Non 3	3⇒MODU- LE SUIV.
MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA5. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois 1 Plus d'une fois 2	
MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE <u>LA PREMIERE FOIS</u> , OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE <u>LA PREMIERE FOIS</u> AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Mois __ __ NSP le mois98 Année __ __ __ __ NSP l'année.....9998	
MA7. Vérifier MA6:		
<input type="checkbox"/> Le mois et l'année de mariage/union sont connus ? ⇒ Passer au Module suivant		
<input type="checkbox"/> Le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇒ Continuer avec MA8		
MA8. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues __ __	

MODULE SUR LA CONTRACEPTION		CP
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET VOTRE SANTE REPRODUCTIVE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte 1</p> <p>Non 2</p> <p>Pas sûre ou NSP 8</p>	<p>1⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>CP3. QUELLE METHODE UTILISEZ-VOUS?</p> <p><i>Ne suggérez pas. Si plus d'une méthode mentionnée, encercler tous les codes des méthodes citées.</i></p>	<p>Stérilisation féminine A</p> <p>Stérilisation masculine B</p> <p>Pilule C</p> <p>DIU D</p> <p>Injections E</p> <p>Implants F</p> <p>Condom G</p> <p>Condom féminin H</p> <p>Diaphragme I</p> <p>Mousse/gelée J</p> <p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) K</p> <p>Abstinence périodique L</p> <p>Retrait M</p> <p>Autre (à préciser) X</p>	

MODULE SUR LE VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE QUELQUE CHOSE D'AUTRE. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV.
HA2. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA3. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU PAR DES MOYENS SURNATURELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA4. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LES RISQUES D'AVOIR LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA5. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN SE FAISANT PIQUER PAR DES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA6. EST-CE QU'ON PEUT REDUIRE LE RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN S'ABSTENANT DE RAPPORTS SEXUELS ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA7A. EST-CE QU'ON PEUT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA SI L'ON REÇOIT UNE INJECTION PAR PIQURE AVEC UNE AIGUILLE QUI A ETE DEJA UTILISEE PAR QUELQU'UN D'AUTRE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA8. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
HA9. EST-CE QUE LE VIRUS DU SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		
HA9A. AU COURS DE LA GROSSESSE ?		
HA9B. PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?		
HA9C. PENDANT L'ALLAITEMENT ?		
	Oui Non NSP	
	Au cours de la grossesse 1 2 8	
	Pendant l'accouchement 1 2 8	
	Pendant l'allaitement 1 2 8	
HA10. D'APRES VOUS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE OU NON A CONTINUER A ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA11. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA12. SI UNE PERSONNE DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, VOUDRIEZ-VOUS QUE SON ETAT SOIT GARDE SECRET OU NON ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	
HA13. SI QUELQU'UN DE VOTRE FAMILLE CONTRACTAIT LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI OU D'ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre/Ça dépend 8	

<p>HA14. Vérifier MN5: A-t-elle effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Passer à HA18A</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec HA15</p>		
<p>HA15. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒HA18</p>
<p>HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	
<p>HA17. AVIEZ-VOUS DEMANDE VOUS-MEME A LE FAIRE, VOUS L'A-T-ON PROPOSE ET VOUS AVEZ ACCEPTE OU BIEN ETAIT-IL EXIGE?</p>	<p>A demandé le test 1</p> <p>Proposé et accepté 2</p> <p>Exigé 3</p>	<p>1⇒MODU- LE SUIV.</p> <p>2⇒MODU- LE SUIV.</p> <p>3⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>HA18. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?</p> <p>HA18A. Si elle a effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals : EN DEHORS DES SERVICES DE CONSULTATIONS PRENATALES, CONNAISSEZ-VOUS UN AUTRE ENDROIT OU ON PEUT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

Suivre les instructions dans le Manuel de l'Enquêteur.

PANNEAU D'INFORMATION SUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS		UF
<p><i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou les gardiennes (voir la colonne HL8 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir la colonne HL5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).</i></p> <p><i>Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.</i></p> <p><i>Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le noms et numéros de ligne de l'enfant et de la mère/gardienne dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.</i></p>		
UF1. Numéro de grappe :	_____	UF2. Numéro de ménage :
UF3. Nom de l'enfant :	_____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant :
UF5. Nom de la mère/gardienne:	_____	UF6. Numéro de ligne de mère/gardienne :
UF7. Nom et numéro de code de l'enquêtrice :	_____	UF8. Jour/Mois/Année de l'interview :
UF9. Résultat de l'interview des enfants de moins de 5 ans		Rempli 1
		Pas à la maison 2
		Refusé 3
		Rempli partiellement 4
		Incapacité 5
		Autre (à préciser) 6

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

NOUS SOMMES DE (**nom de l'organisme du pays**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON (**nombre**) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES. D'AILLEURS, VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE REPONDRE AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REPONDRE, ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT.

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

<p>UF10. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DONT VOUS AVEZ LA CHARGE, ET QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. MAINTENANT, JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (<i>nom</i>). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (<i>nom</i>) EST-IL/ELLE NE/E ?</p> <p><i>Insister :</i> QUEL EST SA DATE DE NAISSANCE ?</p> <p><i>Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrire également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour.</i></p>	<p>Date de naissance :</p> <p>Jour 98</p> <p>NSP jour 98</p> <p>Mois.....</p> <p>Année.....</p>	
<p>UF11. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</p> <p><i>Inscrire l'âge en années révolues.</i></p>	<p>Âge en années révolues.....</p>	

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

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

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

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES		CA
<p>CA1. EST-CE-QUE (<i>nom</i>) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p> <p><i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou la gardienne ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i></p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA5 8⇒CA5</p>
<p>CA2. DURANT LE DERNIER EPISODE DE DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A (<i>nom</i>) L'UNE DES CHOSES SUIVANTES A BOIRE :</p> <p><i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i></p>	<p>O N NSP</p>	
<p>CA2A. UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET APPELE (<i>nom local du sachet de SRO</i>)?</p> <p>CA2B. UN LIQUIDE MAISON RECOMMANDE PAR LE GOUVERNEMENT ?</p> <p>CA2C. UN LIQUIDE SRO PREEMBALLÉ ?</p>	<p>A. Liquide SRO préparé.....1 2 8 B. Liquide maison1 2 8 C. Liquide SRO préemballé1 2 8</p>	
<p>CA3. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p>	<p>Beaucoup moins ou rien 1 Environ la même quantité (ou un peu moins) 2 Plus 3 NSP 8</p>	
<p>CA4. DURANT LA DIARRHEE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?</p> <p><i>Si « moins », insister : BEAUCOUP MOINS OU UN PEU MOINS ?</i></p>	<p>Rien 1 Beaucoup moins 2 Un peu moins..... 3 Environ la même quantité 4 Plus..... 5 NSP 8</p>	
<p>CA5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, A UN MOMENT QUELCONQUE, DANS LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA6. QUAND (<i>nom</i>) A SOUFFERT DE TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL DES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA12 8⇒CA12</p>
<p>CA7. EST-CE QUE LES SYMPTOMES SONT DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE, OU AU NEZ QUI ETAIT BOUCHE ?</p>	<p>Problème dans la poitrine 1 Nez bouché..... 2 Les deux 3 Autre (<i>à préciser</i>) 6 NSP 8</p>	<p>2⇒CA12 6⇒CA12</p>
<p>CA8. AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE EN DEHORS DE LA MAISON ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	<p>2⇒CA10 8⇒CA10</p>

<p>CA9. OU AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU RECHERCHE UN TRAITEMENT ?</p> <p>QUELQUE PART AILLEURS</p> <p><i>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais NE faites PAS de suggestions.</i></p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental A</p> <p>Centre de santé gouvernemental B</p> <p>Poste de santé gouvernemental C</p> <p>Agent de santé villageois D</p> <p>Clinique mobile/communautaire E</p> <p>Autre public (à préciser) _____ H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé/clinique privée I</p> <p>Médecin privé J</p> <p>Pharmacie privé K</p> <p>Clinique mobile L</p> <p>Autre médical privé (à préciser) _____ O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent(e) ou ami(e) P</p> <p>Magasin Q</p> <p>Guérisseur traditionnel R</p> <p>Autre (à préciser) _____ X</p>	
<p>CA10. EST-CE-QUE (nom) A PRIS DES MEDICAMENTS POUR TRAITER CETTE MALADIE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒CA12</p> <p>8⇒CA12</p>
<p>CA11. QUEL MEDICAMENT(nom) A-T-IL/ELLE PRIS ?</p> <p><i>Encercler tous les médicaments mentionnés.</i></p>	<p>Traitement antibiotique A</p> <p>Paracetamol/Panadol/Acetaminophen P</p> <p>Aspirine Q</p> <p>Ibuprofen R</p> <p>Autre (à préciser) _____ X</p> <p>NSP Z</p>	
<p>CA12. Vérifier UF11: L'enfant est-il âgé de moins de 3 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA13</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA14</p>		
<p>CA13. LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE(E) A LA SELLE, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS ?</p>	<p>L'enfant a utilisé les toilettes/latrines 01</p> <p>Jeté dans les toilettes/latrines 02</p> <p>Jeté dans les égouts ou le fossé 03</p> <p>Jeté avec les ordures ménagères 04</p> <p>Enterré 05</p> <p>Lissé à l'air libre 06</p> <p>Autre (à préciser) _____ 96</p> <p>NSP 98</p>	

<p><i>Poser, à chaque mère ou gardienne d'enfant, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i></p> <p>CA14. PARFOIS LES ENFANTS SOUFFRENT DE MALADIES SEVERES ET DEVRAIENT ETRE CONDUITS TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE. QUELS TYPES DE SYMPTOMES VOUS AMENERAIENT A CONDUIRE IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?</p> <p><i>Continuer à demander à l'enquêtée de citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais NE lui faites PAS de suggestions.</i></p>	<p>L'enfant ne peut pas boire ou téter A L'enfant devient de plus en plus malade B L'enfant développe une fièvre C L'enfant a une respiration rapide D L'enfant a des difficultés à respirer E L'enfant a du sang dans les selles F L'enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (à préciser) _____ X Autre (à préciser) _____ Y Autre (à préciser) _____ Z</p>	
--	--	--

MODULE SUR LA VACCINATION							IM
<p><i>Si une carte de vaccination est disponible, copier dans IM2-IM8 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions IM10-IM18 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.</i></p>							
IM1. Y A-T-IL UNE CARTE DE VACCINATION POUR (nom)?		Oui, vue..... 1 Oui, pas vue..... 2 Non 3					2⇒IM10 3⇒IM10
(a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir de la carte. Écrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée.		Date de vaccination					
		JOUR	MOIS		ANNÉE		
IM2. BCG	BCG						
IM3A. POLIO A LA NAISSANCE	VPO0						
IM3B. POLIO 1	VPO1						
IM3C. POLIO 2	VPO2						
IM3D. POLIO 3	VPO3						
IM4A. DTCoQ1	DPCoQ1						
IM4B. DTCoQ2	DPCoQ2						
IM4c. DTCoQ3	DPCoQ3						
IM5A. HEPB1 (OU DTCoQHB1)	(DTCoQ)H1						
IM5B. HEPB2 (OU DTCoQ HB2)	(DTCoQ)H2						
IM5c. HEPB3 (OU DTCoQHB3)	(DTCoQ)H3						
IM6. ROUGEOLE (OU MMR)	ROUGEOLE						
IM7. FIEVRE JAUNE	FJ						
IM8A. VITAMINE A (1)	VITA1						
IM8B. VITAMINE A (2)	VITA2						
IM9. EN PLUS DES VACCINATIONS ET DES CAPSULES DE VITAMINE A INSCRITES SUR LA CARTE, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINATIONS, Y COMPRIS LES VACCINATIONS FAITES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?		Oui 1 <i>(Insister sur le type de vaccin et enregistrer '66' dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8B).</i> Non 2 NSP..... 8					1⇒IM19 2⇒IM19 8⇒IM19
<i>Enregistrer 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne BCG, VPO 0-3, DTCoQ 1-3, Hépatite B 1-3, Rougeole, vaccin de Fièvre Jaune, ou des suppléments de Vitamine A.</i>							
IM10. EST-CE QUE (nom) A REÇU DES VACCINATIONS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS LES VACCINATIONS REÇUES LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION ?		Oui 1 Non 2 NSP..... 8					2⇒IM19 8⇒IM19

IM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE VACCINATION DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE QUI LAISSE, GENERALEMENT, UNE CICATRICE?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
IM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES - COMME LA POLIO ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒IM15 8⇒IM15
IM13. QUAND LE PREMIER VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE, JUSTE APRES LA NAISSANCE (DANS LES DEUX PREMIERES SEMAINES) OU PLUS TARD ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines)..... 1 Plus tard 2	
IM14. COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois _ _	
IM15. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION DTCoQ » - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE- POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES CONTRE LA POLIO).	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	2⇒IM17 8⇒IM17
IM16. COMBIEN DE FOIS ?	Nombre de fois _ _	
IM17. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE » OU MMR - C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS - POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
IM18. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A REÇU UNE « VACCINATION 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 ? (FAITE QUELQUEFOIS EN MEME TEMPS QUE LA ROUGEOLE).	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
IM19. DITES-MOI, S'IL VOUS PLAÎT, SI (<i>nom</i>) A PARTICIPE A L'UNE DES JOURNEES NATIONALES DE VACCINATION SUIVANTES ET/OU DE VITAMINE A OU LES JOURNEES DE LA SANTE DE L'ENFANT:		
IM19A. DATE/TYPE DE CAMPAGNE A	Campagne A 1	O N NSP 2 8
IM19B. DATE/TYPE DE CAMPAGNE B	Campagne B 1	2 8
IM19C. DATE/TYPE DE CAMPAGNE C	Campagne C 1	2 8
<p>IM20. Y a-t-il un autre enfant qui vit dans le ménage dont l'enquêtée est la mère/gardiennne ? Vérifier la feuille d'enregistrement du ménage, colonne HL8.</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Fin du présent questionnaire ; et puis Passer au QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS CINQ ANS pour l'enfant éligible suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Fin de l'interview. Remercier l'enquêtée de sa collaboration.</p> <p>Si cet enfant est le dernier enfant éligible dans le ménage, passer au MODULE SUR L'ANTHROPOMETRIE.</p>		

MODULE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE		AN
<p>Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrire ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.</p>		
AN1. Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... _ _ . _	
AN2. Taille de l'enfant.		
<p>Vérifier l'âge de l'enfant en UF11:</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de moins de 2 ans. ⇒ Mesure de la taille (en position allongée).</p> <p><input type="checkbox"/> Enfant âgé de 2 ans ou plus. ⇒ Mesure de la taille (en position debout).</p>		
	<p>Taille (cm) Position allongée..... 1 _ _ _ . _</p> <p>Taille (cm) Position couchée..... 2 _ _ _ . _</p>	
AN3. Code d'identification du mesureur.	Numéro de code _ _	
AN4. Résultat des mesures.	<p>Mesuré..... 1</p> <p>Absent 2</p> <p>Refus 3</p> <p>Autre (à préciser)..... 6</p>	

<p>AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇒ Fin de l'interview avec ce ménage. Remercier tous les participants de leur collaboration. Rassembler tous les questionnaires de ce ménage et vérifier que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrire le nombre de questionnaires remplis sur la page du Panneau d'Information sur le Ménage.</p>

QUESTIONS ET MODULES ADDITIONNELS

A AJOUTER DANS LES PAYS ATTEINTS

1. PALUDISME
 - a. MOUSTIQUAIRES TRAITEES AVEC UN INSECTICIDE
 - b. TRAITEMENT PREVENTIF ANTIPALUDEEN PARMIS LES FEMMES ENCEINTES (MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE DU NOUVEAU-NE)
 - c. PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS
2. MODULE SUR LE SOUTIEN AUX ORPHELINS ET AUX ENFANTS RENDUS VULNERABLES PAR LE VIH/SIDA (AVEC LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE ETENDUE)
3. MARIAGE/UNION ET POLYGAMIE
4. EXCISION
5. COMPORTEMENT SEXUEL PARMIS LES FEMMES DE 15-24 ANS

MODULE SUR LES MOUSTIQUAIRES TRAITEES AVEC UN INSECTICIDE (ITN) TN		
TN1. DANS VOTRE MENAGE, AVEZ-VOUS DES MOUSTIQUAIRES QUI PEUVENT ETRE UTILISEES POUR DORMIR?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV.
TN2. COMBIEN DE MOUSTIQUAIRES AVEZ-VOUS DANS VOTRE MENAGE ? <i>Si 7 moustiquaires ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de moustiquaires ____	
TN3. EST-CE QUE LA MOUSTIQUAIRE (EST-CE QUE N'IMPORTE LAQUELLE DES MOUSTIQUAIRES) FAIT PARTIE DES MARQUES SUIVANTES : <i>Lire le nom de chaque marque, montrer l'image sur la carte, et encercler les codes Oui ou Non pour chaque marque. Si possible, demander à l'enquêté(e) de vous montrer la moustiquaire pour vérifier la marque.</i>		
MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : TN3L1. Marque A? TN3L2. Marque B?	Moustiquaires permanentes : Marque A 1 2 8 Marque B 1 2 8	O N NSP
MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES : TN3P1. Marque C? TN3P2. Marque D?	Moustiquaires imprégnées : Marque C 1 2 8 Marque D 1 2 8	
AUTRES MOUSTIQUAIRES : TN3O1. Marque E? TN3O2. Marque F? TN3O3. UNE AUTRE MARQUE QUELCONQUE DE MOUSTIQUAIRE ?	Autres moustiquaires : Marque E 1 2 8 Marque F 1 2 8 Autre marque (marque à préciser) 1 2	
TN3O4. MARQUE INCONNUE DE MOUSTIQUAIRE ?	Marque inconnue 1 2	
TN4. Vérifier TN3 pour la marque de(s) moustiquaire(s). Revoir la liste en haut dans l'ordre jusqu'à ce qu' une case soit cochée, et suivre les instructions ci-après : 1. <input type="checkbox"/> Moustiquaire permanente (Marque A ou Marque B) mentionnée ? ⇒ Passer au Module Suivant 2. <input type="checkbox"/> Moustiquaire imprégnée (Marque C ou Marque D) mentionnée ? ⇒ Passer à TN6 3. <input type="checkbox"/> Autre moustiquaire (Marque E, Marque F ou autre marque quelconque, ou marque inconnue) mentionnée ? ⇒ Continuer avec TN5		
TN5. QUAND VOUS AVEZ OBTENU LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?	Oui 1 Non 2 NSP/Pas sûre 8	
TN6. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS POSSEDEZ-VOUS LA (PLUS RECENTE) MOUSTIQUAIRE ? <i>Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i>	Mois ____ Plus de 24 mois 95 NSP/Pas sûre 98	
TN7. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA(LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPÉE(S) OU PLONGÉE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU- LE SUIV. 8⇒MODU- LE SUIV.

<p>TN8. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'. Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois _ _</p> <p>Plus de 24 mois95 NSP/Pas sûre98</p>	
---	---	--

MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE		MN															
<p><i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifier le module sur la mortalité des enfants CMI2 et inscrire ici le nom du dernier enfant</i></p> <p><i>En posant les questions suivantes, utiliser le nom de l'enfant où c'est indiqué.</i></p>																	
<p>MN1. DANS LES DEUX PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE DE VOTRE DERNIER ENFANT [NAISSANCE DE <i>nom</i>], AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ?</p> <p><i>Montrer la capsule de 200,000 UI ou le flacon.</i></p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN2. POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS ?</p> <p><i>Si Oui: QUI AVEZ-VOUS CONSULTE? QUELQU'UN D'AUTRE ?</i></p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne et enregistrer toutes les réponses.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A Infirmière/sage-femme B Sage-femme auxiliaire C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X Personne Y</p>	Y⇒MN6A															
<p>MN3. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>MN3A. AVEZ-VOUS ETE PESEE ? MN3B. VOUS-A-T-ON PRIS LA TENSION ? MN3C. AVEZ-VOUS DONNE UN ECHANTILLON D'URINE ? MN3D. AVEZ-VOUS DONNE DU SANG ?</p>	<table style="width:100%; border:none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Poids.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Tension.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Urine.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sang.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Poids.....	1	2	Tension.....	1	2	Urine.....	1	2	Sang.....	1	2	
	Oui	Non															
Poids.....	1	2															
Tension.....	1	2															
Urine.....	1	2															
Sang.....	1	2															
<p>MN4. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS OU DES CONSEILS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN5. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	2⇒MN6A 8⇒MN6A															
<p>MN6. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS EST-CE QUE VOUS AVEZ OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>																
<p>MN6A. DURANT CETTE GROSSESSE, AVEZ- VOUS PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER LE PALUDISME ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 NSP 8</p>	2⇒MN7 8⇒MN7															
<p>MN6B. QUEL ETAIT CE MEDICAMENT ?</p> <p><i>Encercler tout ce qui est mentionné. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens typiques à l'enquêtee.</i></p>	<p>SP/Fansidar A Chloroquine B</p> <p>Autre (à préciser) X NSP Z</p>																
<p>MN6C. Vérifier MN6B pour type de médicament pris :</p> <p><input type="checkbox"/> SP/Fansidar pris. ⇒ Continuer avec MN6D</p> <p><input type="checkbox"/> SP/Fansidar pas pris. ⇒ Passer à MN7</p>																	

<p>MN6D. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS LE MEDICAMENT SP/FANSIDAR PENDANT LA GROSSESSE ?</p>	<p>Nombre de fois__ __</p>	
<p>MN7. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (nom)?</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne. Encercler tout ce qui est mentionné.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/sage-femme B</p> <p>Sage-femme auxiliaire C</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Agent de santé communautaire G</p> <p>Parente/Amie H</p> <p>Autre (à préciser) X</p> <p>Personne Y</p>	
<p>MN8. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>S'il s'agit d'un hôpital, d'un centre de santé ou d'une clinique, écrire le nom de l'endroit. Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Votre domicile11</p> <p>Autre domicile12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental21</p> <p>Clinique gouv./Centre de santé gouv.22</p> <p>Autre public (à préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé31</p> <p>Clinique privée32</p> <p>Maternité privée33</p> <p>Autre médical privé (à préciser) 36</p> <p>Autre (à préciser) 96</p>	
<p>MN9. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros 1</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>MN10. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE PESE(E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MN12</p> <p>8⇒MN12</p>
<p>MN11. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids porté sur le carnet de santé, si disponible.</i></p>	<p>De la carte 1 (kilogrammes) __ . ____</p> <p>De mémoire .. 2 (kilogrammes) __ . ____</p> <p>NSP99998</p>	
<p>MN12. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2⇒MODU-LE SUIV.</p>
<p>MN13. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i></p> <p><i>Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement000</p> <p>Heures1 ____</p> <p>ou</p> <p>Jours2 ____</p> <p>NSP/Ne se rappelle pas998</p>	

MODULE SUR LE PALUDISME CHEZ LES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS		ML
ML1. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A SOUFFERT, A UN MOMENT QUELCONQUE, DE FIEVRE PENDANT LES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML10 8⇒ML10
ML2. EST-CE- QUE (<i>nom</i>) A ETE VU PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML6 8⇒ML6
ML3. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI ONT ETE FOURNIS OU PRESCRITS PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML5 8⇒ML5
ML4. QUEL MEDICAMENT FOURNI OU PRESCRIT PAR LES SERVICES D'UN ETABLISSEMENT SANITAIRE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments mentionnés.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar A Chloroquine..... B Amodiaquine C Quinine D Combinaison basée sur l'Artémisinine ... E Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirine Q Ibuprofen..... R Autre (à préciser) X NSP Z	
ML5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT A UN ETABLISSEMENT SANITAIRE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒ML7 2⇒ML8 8⇒ML8
ML6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) A PRIS DES MEDICAMENTS CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒ML8 8⇒ML8
ML7. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS ? <i>Encercler les codes de tous les médicaments donnés. Demander à voir le médicament si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament ne peut pas être déterminé, montrer des antipaludéens à l'enquêtee.</i>	Antipaludéens : SP/Fansidar A Chloroquine..... B Amodiaquine C Quinine D Combinaison basée sur l'Artémisinine ... E Autre antipaludéen (à préciser) H Autres médicaments : Paracétamol/Panadol/Acetaminophen ... P Aspirine Q Ibuprofen..... R Autre (à préciser) X NSP Z	
ML8. Vérifier ML4 et ML7: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec ML9 <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à ML10		

<p>ML9. COMBIEN DE TEMPS APRES LE DEBUT DE LA FIEVRE, (nom) A-T-IL/ELLE COMMENCE A PRENDRE (nom de l'antipaludéen mentionné à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>S'il y a plusieurs antipaludéens mentionnés à ML4 ou ML7, il faut présenter tous les noms des médicaments antipaludéens mentionnés.</i></p> <p><i>Enregistrer le code du jour où l'antipaludéen a été donné.</i></p>	Même jour 0 Le jour suivant 1 2 jours après la fièvre..... 2 3 jours après la fièvre..... 3 4 jours ou plus après la fièvre 4 NSP 8	
<p>ML10. EST-CE QUE (nom) A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?</p>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.
<p>ML11. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL LA MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard.</i></p>	Mois__ __ Plus de 24 mois95 Pas sûre98	
<p>ML12. QUELLE EST LA MARQUE DE CETTE MOUSTIQUAIRE ?</p> <p><i>Si l'enquêtée ne connaît pas la marque de la moustiquaire, montrer les images sur la carte, ou si possible observer la moustiquaire.</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES PERMANENTES : <i>Marque A</i> <i>Marque B</i></p> <p>MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES : <i>Marque C</i> <i>Marque D</i></p> <p>AUTRES MOUSTIQUAIRES : <i>Marque E</i> <i>Marque F</i></p>	Moustiquaires permanentes : Marque A11 Marque B12 Moustiquaires imprégnées : Marque C21 Marque D22 Autres moustiquaires : Marque E31 Marque F32 Autre moustiquaire (marque à préciser) 36 NSP Marque98	11⇒MODU-LE SUIV. 12⇒MODU-LE SUIV. 21⇒ML14 22⇒ML14
<p>ML13. QUAND VOUS AVEZ OBTENU CETTE MOUSTIQUAIRE, ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN INSECTICIDE POUR TUER OU ELOIGNER LES MOUSTIQUES ?</p>	Oui 1 Non 2 NSP /pas sûre..... 8	
<p>ML14. DEPUIS QUE VOUS AVEZ LA (LES) MOUSTIQUAIRE(S), EST-CE QUE VOUS L'AVEZ (LES AVEZ) TREMPÉE(S) OU PLONGÉE(S) DANS UN LIQUIDE POUR TUER/ELOIGNER LES MOUSTIQUES OU LES INSECTES ?</p>	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MODU-LE SUIV. 8⇒MODU-LE SUIV.

<p>ML15. COMBIEN DE TEMPS S'EST-IL ECOULE DEPUIS QUE LA MOUSTIQUAIRE A ETE TREMPEE OU PLONGEE DANS UN LIQUIDE INSECTICIDE POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins de 1 mois, écrire '00'.</i> <i>Si la réponse est "12 mois" ou "1 an", insister pour déterminer si la moustiquaire a été obtenue il y a exactement 12 mois ou plus tôt ou plus tard</i></p>	<p>Mois _ _</p> <p>Plus de 24 mois95 NSP/Pas sûre98</p>	
---	---	--

FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE

HL

POUR COMMENCER, S'IL VOUS PLAIT, DITES-MOI LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT HABITUELLEMENT ICI, EN COMMENÇANT PAR LE CHEF DE MENAGE
 Enregistrer le chef de ménage à la ligne 01. Enregistrer tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3), et leur sexe (HL4).
 Ensuite poser: Y A-T-IL D'AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MEME SI ELLES NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON? (CELLES-CI PEUVENT COMPRENDRE LES ENFANTS A L'ECOLE OU AU TRAVAIL). Si oui, compléter la liste. Ensuite, poser les questions en commençant par HL5 pour chaque personne à la fois. Ajouter une autre feuille s'il y a plus de 12 membres dans le ménage.
 Cocher ici si une autre feuille est utilisée

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUELEST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVECLE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE A SON DERNIER MASCU -LIN OU FEMI- NIN ? 1 MAS. 2 FEM. 98=NSP*	HL5. QUEL AGE A (nom) ? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE? Enregistrer en années révolues	Éligible pour :		Si âgé de 18-59 ans		Pour les enfants âgés de 0-17 ans, poser les questions de HL9-HL12A																			
					QUESTION -NAIRE FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	QUESTION. ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS	O	N	NSP	O	N	NSP	HL9.	HL10.	HL10A.	HL11.	HL12.	HL12A.									
LIGNE	NOM	REL.	M	F	AGE	15-49	MERE	MERE	O	N	NSP	O	N	NSP	MERE	O	N	NSP	O	N	NSP	PERE	O	N	NSP			
01		0 1	1	2		01			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
02			1	2		02			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
03			1	2		03			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
04			1	2		04			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
05			1	2		05			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
06			1	2		06			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
07			1	2		07			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8
08			1	2		08			1	2	8	1	2	8		1	2	8	1	2	8					1	2	8

HL1. No. de ligne	HL2. Nom	HL3. QUELEST LE LIEN DE PARENTE DE (nom) AVEC LE CHEF DE MENAGE?	HL4. (Nom) EST-IL/ ELLE DE SEXE MASCU -LIN OU FEMI- NIN ? 1 MAS. 2 FEM. 98=NSP*	HL5. QUEL AGE A (nom) ? QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE? Enregistrer en années révolues 98=NSP*	HL6. Encercler le numéro de ligne si la femme. est âgée de 15-49 ans	HL7. Pour chaque enfant âgé de 5-14 ans : QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardiennne	HL8. Pour chaque enfant de moins de 5 ans : QUI EST LA MERE OU LA PRINCIPALE GARDIENNE DE CET ENFANT? Enregistrer le no. de ligne de la mère/ gardiennne	HL8A. (Nom) A- T-IL/ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL9. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOU- JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON S HL11 2 NON S HL11	HL10. Si en vie : EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI- QUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne de la mère ou 00 pour 'Non'	HL10A. Si la mère ne vit pas dans le ménage : LA MERE DE (nom) A-T-ELLE ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	HL11. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOU- JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON S LIGNE SUIV. 8 NON S LIGNE SUIV.	HL12. Si en vie : EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE? Enregistrer le no. de ligne du père ou 00 pour 'Non'	HL12A. Si le père ne vit pas dans le ménage : LE PERE DE (nom) A-T-IL ETE TRES MALADE PENDANT AU MOINS 3 MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?							
LIGNE	NOM	REL.	M	F	AGE	MERE	MERE	O	N	NSP	MERE	O	N	NSP	PERE	O	N	NSP			
09			1	2		15-49						1	2	8					1	2	8
10			1	2		09						1	2	8					1	2	8
11			1	2		10						1	2	8					1	2	8
12			1	2		11						1	2	8					1	2	8
12			1	2		12						1	2	8					1	2	8
Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI — MEME S'ILS NE SONT PAS DES MEMBRES DE VOTRE FAMILLE OU N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENAGE Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? Si oui, enregistrer le nom de l'enfant et compléter la feuille de ménage.																					
Ensuite, compléter les totaux ci-dessous.																					
Totaux																					

* Voir instructions: A utiliser seulement dans les ménages où vivent des membres âgés (c'est à dire le code « ne sait pas/âgés de plus de 50 ans »).
Maintenant, pour chaque femme âgée de 15-49 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne et les autres informations d'identification du Panneau d'Information du Questionnaire Femme.
Pour chaque enfant de moins de 5 ans, inscrire son nom et le numéro de ligne ET le numéro de ligne de la mère ou de la gardienne dans le Panneau d'Information du Questionnaire des Enfants
Vous devez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme éligible et pour chaque enfant de moins de cinq ans dans le ménage.

- * Codes pour HL3 : Lien de parenté avec le chef de ménage :
- 01 = Chef de ménage
 - 02 = Femme ou Mari
 - 03 = Fils ou Fille
 - 04 = Gendre ou Belle-fille
 - 05 = Petit-fils ou Petite fille
 - 06 = Mère ou Père
 - 07 = Beau-père ou Belle-mère
 - 08 = Frère ou Sœur
 - 09 = Beau-frère ou Belle-sœur
 - 10 = Oncle ou Tante
 - 11 = Nièce ou Neveu par le sang
 - 12 = Nièce ou Neveu par mariage
 - 13 = Autre parent
 - 14 = Enfant adopté/Enfant en garde/Enfant du conjoint
 - 15 = Sans parenté
 - 98 = Ne sait pas

Modules Additionnels.10

MODULE SUR LE SOUTIEN AUX ORPHELINS ET AUX ENFANTS RENDUS VULNERABLES PAR LE VIH/SIDA

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

Oui ⇒ Continuer avec OV2

Non ⇒ Module Suivant

OV2. JE VOUDRAIS QUE VOUS PENSIEZ AUX 12 DERNIERS MOIS. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE EST DECEDE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui 1 Non 2	2⇒OV5
OV3. (DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS), Y A-T-IL DES PERSONNES AGEES ENTRE 18 ET 59 ANS ?	Oui 1 Non 2	2⇒OV5
OV4. (DE CEUX QUI SONT DECEDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ET QUI ETAIENT AGES ENTRE 18 ET 59 ANS) Y A-T-IL QUELQU'UN QUI ETAIT GRAVEMENT MALADE PENDANT AU MOINS TROIS MOIS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS AVANT DE MOURIR ?	Oui 1 Non 2	1⇒OV8

OV5. Retourner à la Feuille d'Enregistrement du Ménage et vérifier ce qui suit :

1. Vérifier les totaux de HL9 et HL11.

Au moins une mère ou un père décédé(e) ⇒ Passer à OV8

Pas de mère ou de père décédé(e)

2. Vérifier les totaux de HL8A.

Au moins un adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ⇒ Passer à OV8

Pas d'adulte âgé de 18-59 très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois

3. Vérifier les totaux de HL10A et HL12A.

Au moins une mère ou un père malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois ⇒ Passer à OV8

Pas de mère ou de père malade pendant au moins 3 mois au cours des derniers mois ⇒ Passer au Module Suivant

OV8. Lister tous les enfants de 0-17 ans. Enregistrer les noms, les numéros de ligne et les âges de tous les enfants, en commençant par le premier enfant, et continuer dans l'ordre dans lequel ils sont listés dans la Feuille d'Enregistrement du Ménage. Utiliser un questionnaire additionnel s'il y a plus de 4 enfants âgés de 0-17 ans dans le ménage. Poser toutes les questions pour un enfant avant de passer à l'enfant suivant.				
	1 ^{ER} ENFANT	2 ^{EME} ENFANT	3 ^{EME} ENFANT	4 ^{EME} ENFANT
Nom (de HL2)	_____	_____	_____	_____
Numéro de ligne (de HL1)	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
Âge (de HL5)	_____	_____	_____	_____
OV9. J'AIMERAI VOUS POSER DES QUESTIONS A PROPOS DE N'IMPORTE QUEL TYPE D'AIDE OU DE SUPPORT ORGANISE QUE VOTRE MENAGE A PU RECEVOIR POUR (nom) ET POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE. PAR AIDE OU SUPPORT ORGANISE, JE VEUX DIRE UNE AIDE OU DU SUPPORT FOURNI PAR QUELQU'UN QUI TRAVAILLE POUR UN PROGRAMME, QUE CE SOIT DU GOUVERNEMENT, DU SECTEUR PRIVE, RELIGIEUX, D'UN ORGANISME DE BIENFAISANCE OU D'UN PROGRAMME A BASE COMMUNAUTAIRE. JE VOUS RAPPELE QU'IL S'AGIT DE SOUTIEN POUR LEQUEL VOUS N'AVEZ PAS PAYE.				
OV10. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LE SUPPORT QUE VOTRE MENAGE A REÇU POUR (nom). AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MEDICAL POUR (nom) COMME DES SOINS, DES FOURNITURES OU DES MEDICAMENTS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8
OV11. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT EMOTIONNEL OU PSYCHOLOGIQUE POUR (nom) COMME DE LA COMPAGNIE, DES CONSEILS D'UN CONSEILLER FORME, OU DU SUPPORT SPIRITUEL ?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV13 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV13 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV13 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV13 NSP8
OV12. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8
OV13. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT MATERIEL POUR (nom) COMME DES VETEMENTS, DE LA NOURRITURE OU UN SUPPORT FINANCIER?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV15 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV15 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV15 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV15 NSP8
OV14. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8
OV15. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT SOCIAL POUR (nom) COMME DE L'AIDE A LA MAISON, UNE FORMATION POUR DONNER DES SOINS OU UNE ASSISTANCE POUR DES DEMARCHES ADMINISTRATIVES ?	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV17 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV17 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 ⇒ OV17 NSP 8	Oui1 Non2 ⇒ OV17 NSP8
OV16. VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU N'IMPORTE LEQUEL DE CES SUPPORTS AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8
OV17. Vérifier OV8 : âge de l'enfant	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ Enfant suivant <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ Enfant suivant <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ Enfant suivant <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18	<input type="checkbox"/> Âge 0-4 ⇒ Enfant suivant <input type="checkbox"/> Âge 5-17 ⇒ OV18
OV18. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOTRE MENAGE A-T-IL REÇU DU SUPPORT POUR LA SCOLARITE DE (nom) COMME UNE BOURSE, UNE INSCRIPTION GRATUITE, DES LIVRES OU DES FOURNITURES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8	Oui..... 1 Non..... 2 NSP 8	Oui1 Non2 NSP8

MODULE SUR L'UNION/MARRIAGE		MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉE ?	Oui, actuellement mariée 1 Oui, vit avec un homme 2 Non, pas en union..... 3	3⇒MA3
MA2. QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années révolues __ __ NSP98	
MA2A. EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES EN PLUS DE VOUS-MEME ?	Oui 1 Non 2	2⇒MA5
MA2B. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre __ __ NSP98	⇒MA5 98⇒MA5
MA3. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIÉE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME ?	Oui, a été mariée 1 Oui, a vécu avec un homme 2 Non 3	3⇒MODU- LE SUIV.
MA4. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA5. AVEZ-VOUS ETE MARIÉE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois 1 Plus d'une fois 2	
MA6. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS MARIÉE LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉE ?	Mois __ __ NSP le mois98 Année __ __ __ __ NSP l'année.....9998	
MA7. Vérifier MA6:		
<input type="checkbox"/> Le mois et l'année de mariage/union sont connus ? ⇒ Passer au Module suivant		
<input type="checkbox"/> Le mois ou l'année de mariage/union n'est pas connu(e) ? ⇒ Continuer avec MA8		
MA8. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues __ __	

MODULE SUR L'EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui 1 Non 2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV.
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG8
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS -A-T-ON COUPE QUELQUE CHOSE DANS LA ZONE GENITALE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG7. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle11 Accoucheuse traditionnelle12 Autre traditionnel (<i>à préciser</i>) 16 Professionnel de santé Médecin21 Infirmière/sage-femme22 Autre professionnel De santé (<i>à préciser</i>) 26 NSP98	
FG8. Les questions suivantes sont adressées seulement aux femmes qui ont au moins une fille vivante Vérifier CM4 et CM6, dans le Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a-t-elle une fille vivante ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec FG9 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à FG16		
FG9. EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT SUBI CE GENRE DE PRATIQUE ? SI OUI : COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : __ __ Aucune fille excisée00	00⇒FG16
FG10. SUR LAQUELLE DE VOS FILLES A T-ON PROCEDE TOUT RECEMMENT A L'EXCISION ? <i>Enregistrer le nom de la fille.</i>	Nom de la fille : _____	
FG11. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (<i>nom</i>) A CE MOMENT LA. A-T-ON ENLEVE QUELQUE CHOSE DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG13
FG12. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN COUPER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

FG13. LORS DE SON EXCISION LUI A-T-ON FERME TOTALEMENT LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG14. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) AU MOMENT DE L'EXCISION ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour obtenir une estimation.</i>	Âge de la fille à l'excision __ __ NSP98	
FG15. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle11 Accoucheuse traditionnelle12 Autre traditionnel (<i>à préciser</i>) 16 Professionnel de santé Médecin21 Infirmière/sage-femme22 Autre professionnel De santé (<i>à préciser</i>) 26 NSP98	
FG16. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue 1 Disparaître 2 Cela dépend 3 NSP 8	

MODULE SUR LE COMPORTEMENT SEXUEL		SB
<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVE.</p>		
<p>SB0. Vérifier WM9: Âge de l'enquêtée entre 15 et 24 ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Âge 25-49. ⇒ Passer au Module Suivant</p> <p><input type="checkbox"/> Âge 15-24. ⇒ Continuer avec SB1</p>		
<p>SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE FAMILIALE ?</p> <p>L'INFORMATION QUE VOUS FOURNISSEZ RESTERA STRICTEMENT CONFIDENTIELLE.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS PREMIERS RAPPORTS SEXUELS (SI VOUS EN AVEZ-EUS) ?</p>	<p>N'a jamais eu d'activité sexuelle00</p> <p>Age en années..... __ __</p> <p>1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire95</p>	<p>0⇒MODU-LE SUIV.</p>
<p>SB2. IL Y A COMBIEN DE TEMPS QUE VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</p> <p><i>Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.</i></p>	<p>Nombre de jours1 __ __</p> <p>Nombre de semaines.....2 __ __</p> <p>Nombre de mois3 __ __</p> <p>Nombre d'années4 __ __</p>	<p>4⇒MODU-LE SUIV.</p>
<p>SB3. 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>SB4. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC L'HOMME AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</p> <p><i>Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander : VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI?</i></p> <p><i>Si 'Oui', encercler 1. Si 'Non', encercler 2.</i></p>	<p>C'est mon mari / partenaire cohabitant 1</p> <p>C'est mon petit ami / fiancé..... 2</p> <p>C'est un autre ami..... 3</p> <p>C'est une rencontre occasionnelle 4</p> <p>Autre (à préciser) _____ 6</p>	<p>1⇒SB6</p>
<p>SB5. QUEL EST L'AGE DE CETTE PERSONNE?</p> <p><i>Si la réponse est NSP, insister : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</i></p>	<p>Âge du partenaire __ __</p> <p>NSP98</p>	
<p>SB6. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>2⇒MODU-LE SUIV.</p>
<p>SB7. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UN AUTRE HOMME, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	

<p>SB8. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CET HOMME ?</p> <p><i>Si l'homme est 'petit ami' ou 'fiancé', demander : VOTRE PETIT AMI/ FIANCE VIVAIT-IL AVEC VOUS QUAND VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI? Si 'Oui', encercler 1. Si 'Non', encercler 2.</i></p>	<p>C'est mon mari / partenaire cohabitant 1 C'est mon petit ami / fiancé..... 2 C'est un autre ami..... 3 C'est une rencontre occasionnelle 4 Autre (à préciser) _____ 6</p>	<p>1⇒SB10</p>
<p>SB9. QUEL AGE A CETTE PERSONNE?</p> <p><i>Si la réponse est NSP, insister : A PEU PRES QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</i></p>	<p>Âge du partenaire __ __ NSP98</p>	
<p>SB10. MIS A PART CES DEUX HOMMES, AVEZ-VOUS DES RELATIONS SEXUELLES AVEC QUELQU'UN D'AUTRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>2⇒MODU- LE SUIV.</p>
<p>SB11. EN TOUT, AVEC COMBIEN D'HOMMES DIFFERENTS AVEZ-VOUS EU DES RELATIONS SEXUELLES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?</p>	<p>Nombre de partenaires __ __</p>	

QUESTIONS ET MODULES OPTIONNELS

1. CARACTERISTIQUES COMPLEMENTAIRES DU MENAGE
2. SECURITE DE LA PROPRIETE ET DURABILITE DU LOGEMENT
3. DISCIPLINE DE L'ENFANT
4. SOURCE ET COUT DES APPROVISIONNEMENTS
 - a. MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES
 - b. SOLUTIONS DE REHYDRATATION ORALE
 - c. ANTIBIOTIQUES
 - d. ANTIPALUDEENS
5. CONTRACEPTION ET BESOINS NON-SATISFAITS
6. ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE
7. DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT
8. HANDICAP
9. MORTALITE MATERNELLE

CARACTERISTIQUES COMPLEMENTAIRES DU MENAGE

HC11. EST-CE QU'UN MEMBRE DE VOTRE MENAGE POSSEDE DE LA TERRE QUI PEUT ETRE CULTIVEE ?	Oui 1 Non 2	2⇒HC13
HC12. COMBIEN D'HECTARES DE TERRES AGRICOLES LES MEMBRES DE CE MENAGE POSSEDENT-ILS ? <i>Si plus de 97, enregistrer '97'.</i> <i>Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Hectares__ __	
HC13. EST-CE QUE VOTRE MENAGE POSSEDE DU BETAIL, TROUPEAU OU DES ANIMAUX DE FERME?	Oui 1 Non 2	2⇒MODU- LE SUIV.
HC14. LESQUELS DES ANIMAUX SUIVANTS ET COMBIEN, VOTRE MENAGE POSSEDE-T-IL ? BETAIL ? VACHES LAITIERES OU TAUREAUX ? CHEVAUX, ANES OU MULES ? CHEVRES ? MOUTONS ? POULETS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i> <i>Si plus de 97, enregistrer '97'.</i> <i>Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	Bétail.....__ __ Vaches laitières ou taureaux.....__ __ Chevaux, ânes ou mules__ __ Chèvres__ __ Moutons__ __ Poulets.....__ __	

Les pays peuvent ajouter à la liste d'articles de la question HC9 des articles en bois (tels qu'une table, une chaise, un sofa, un lit, une armoire, ou un placard ou un coffret). En outre, chaque pays devrait ajouter au moins quatre appareils électroménagers additionnels de sorte que la liste comprenne au moins trois articles que, même, un ménage à faible revenu peut avoir, au moins trois articles qu'un ménage à revenu moyen peut avoir, et au moins trois articles qu'un ménage à revenu élevé peut avoir. Quelques articles additionnels sont possibles à savoir une horloge, une pompe à eau, un moulin à grain, un ventilateur, un mixeur, un chauffe-eau, un générateur électrique, une machine à laver, un four à micro-ondes, un ordinateur, un magnétoscope ou un lecteur DVD, un lecteur de cassette ou de CD-ROM, un appareil-photo, un climatiseur ou un refroidisseur, une TV en couleur, une machine à coudre.

Les pays peuvent ajouter à la liste de la question HC14 d'autres animaux spécifiques aux pays, tels que les bœufs, les buffles d'eau, les chameaux, les lamas, les alpacas, les porcs, les canards, les oies ou les éléphants.

SECURITE DE LA PROPRIETE ET DURABILITE DU LOGEMENT

HC15A. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE EST PROPRIETAIRE DE CETTE HABITATION OU BIEN VOUS ETES LOCATAIRE?	Propriétaire 1 Locataire 2 Location gratuite/ occupant illégal /autre 3	2⇒HC15D 3⇒HC15D
HC15B. EST-CE QUE VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DANS CE MENAGE A UN TITRE/ACTE DE PROPRIETE POUR CETTE HABITATION?	Oui 1 Non 2	1⇒HC15F
HC15C. QUEL TYPE DE DOCUMENT POSSEDEZ VOUS POUR LA PROPRIETE DE CETTE HABITATION? AUTRES CHOSES? <i>Encercler tous les codes mentionnés.</i>	Certificat d'occupation (ou certificat d'attribution) A Certification d'impôt foncier B Facture électricité/eau/téléphone etc. C Autres (<i>à préciser</i>) X Aucun/Pas de document Y	⇒HC15F
HC15D. EST-CE QUE VOUS AVEZ UN CONTRAT ECRIT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION?	Oui 1 Non 2	1⇒HC15F
HC15E. AVEZ VOUS N'IMPORTE QUEL DOCUMENT POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION? <i>Si oui</i> , QUEL TYPE DE DOCUMENT OU D'AGREMENT AVEZ VOUS POUR LA LOCATION DE CETTE HABITATION? AUTRES CHOSES? <i>Encercler tous les codes mentionnés</i>	Accord informel (par écrit) A Accord oral (pas de document) B Occupation gratuite Avec accord du propriétaire C Sans accord du propriétaire D Autres (<i>à préciser</i>) X Aucun/Pas de document Y	
HC15F. VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSE(E) DE CETTE HABITATION?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
HC15G. AVEZ-VOUS ETE EXPULSE DE VOTRE DE VOTRE MAISON A UN MOMENT QUELCONQUE DURANT LES 5 DERNIERES ANNEES?	Oui 1 Non 2	
HC15H. Habitation située dans ou près de: <i>Observer et encercler tous les codes qui décrivent l'endroit habité.</i>	Région d'éboulement A Région prédisposée à l'inondation B Bord de rivière C Colline raide D Montagne/tas d'ordures E Région de pollution industrielle F Chemin de fer G Centrale électrique H Pont aérien I Aucun des codes ci-dessus Y	
HC15I. Condition de l'habitation: <i>Enregistrer l'observation.</i> <i>Noter tous les codes qui s'appliquent.</i>	Craquements/ouverture dans les murs A Pas de fenêtres B Fenêtre avec vitres cassés/pas de vitre C Trous visibles dans le toit D Toit incomplet E Porte peu solide F Aucun des codes ci-dessus Y	
HC15J. Environnement de l'habitation: <i>Enregistrer l'observation.</i> <i>Enregistrer tous les codes qui s'appliquent</i>	Passage très étroit entre les maisons au lieu de route A Trop de câbles électriques connectant le voisinage et le poste d'alimentation B Aucun des codes ci-dessus Y	

**QUESTION SUR LA SECURITE DE LA PROPRIETE POUR LE QUESTIONNAIRE
FEMME**

ST1. VOUS SENTEZ-VOUS EN SECURITE DE NE PAS ETRE EXPULSEE DE CETTE HABITATION?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	
---	--	--

MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT

TABLEAU 1: ENFANTS AGES DE 2-14 ANS ELIGIBLES POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE

Revoir la liste des membres du ménage et enregistrer chaque enfant âgé de 2-14 dans le tableau ci-dessous dans l'ordre selon leur numéro de ligne (HL1). Ne pas inclure les autres membres du ménage qui ne sont pas âgés de 2-14. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe, l'âge et le numéro de ligne de la mère/gardiennne de chaque enfant. Puis enregistrer le nombre total des enfants âgés de 2-14 à la case réservée (CD7).

CD1. Rang No.	CD2. Ligne N° de HL1.	CD3. Nom de HL2.	CD4. Sexe de HL4.		CD5. Age de HL5.	CD6. Ligne de la mère/gardiennne de HL7 ou HL8.
LIGNE	LIGNE	NOM	M	F	AGE	MERE
01	__ __		1	2	__ __	__ __
02	__ __		1	2	__ __	__ __
03	__ __		1	2	__ __	__ __
04	__ __		1	2	__ __	__ __
05	__ __		1	2	__ __	__ __
06	__ __		1	2	__ __	__ __
07	__ __		1	2	__ __	__ __
08	__ __		1	2	__ __	__ __
CD7.	TOTAL ENFANTS AGES DE 2-14 ANS					__ __

S'il y a un seul enfant âgé de 2-14 dans le ménage, sauter le tableau 2 et aller à la question CD9. Ecrire le numéro de rang de l'enfant et continuer avec CD11.

TABLEAU 2: SELECTION ALEATOIRE POUR LES QUESTIONS DE DISCIPLINE DE L'ENFANT

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

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

CD9. Enregistrer le rang de l'enfant	Rang de l'enfant __ __
--------------------------------------	------------------------------

MODULE DISCIPLINE DE L'ENFANT		CD
<i>Identifier l'enfant éligible âgé de 2-14 dans le ménage en utilisant la table de la page précédente selon les instructions données. Demander à interroger la mère/gardienne de l'enfant sélectionné (identifié par la ligne à la question CD6).</i>		
CD11. <i>Ecrire le nom et le numéro de ligne de l'enfant sélectionné pour le module à partir de CD3 et CD2 et sur la base du numéro de rang figurant à CD9.</i>	Nom _____ Numéro de ligne	
CD12. TOUS LES ADULTES UTILISENT CERTAINS MOYENS POUR ENSEIGNER A LEUR ENFANTS LA FACON DE SE COMPORTEUR OU DE SE CONDUIRE CORRECTEMENT. JE VAIS VOUS LIRE UNE VARIETE DE METHODES QUI SONT UTILISEES ET JE VOUDRAIS QUE VOUS ME DISIEZ SI VOUS OU QUELQU'UN D'AUTRE DE VOTRE MENAGE LES A UTILISEES AVEC (<i>nom</i>) LE MOIS PASSE.		
CD12A. RETIRER LES PRIVILEGES, INTERDIRE QUELQUE CHOSE QUE (<i>nom</i>) AIME OU NE PAS LUI PERMETTRE DE QUITTER LA MAISON.	Oui 1 Non 2	
CD12B. EXPLIQUER AVEC QUELQUE CHOSE POURQUOI LA CONDUITE ETAIT MAUVAISE.	Oui 1 Non 2	
CD12C. LE/LA SECOUER.	Oui 1 Non 2	
CD12D. CRIER, HURLER SUR LUI/ELLE.	Oui 1 Non 2	
CD12E. LUI DONNER QUELQUE CHOSE D'AUTRE A FAIRE.	Oui 1 Non 2	
CD12F. CLAQUER, FRAPPER OU GIFLER AVEC LA MAIN NUE.	Oui 1 Non 2	
CD12G. LE/LA FRAPPER SUR LES FESSES OU AILLEURS SUR LE CORPS AVEC QUELQUE CHOSE COMME UNE CEINTURE, UNE BROSE A CHEVEUX, UNE BRANCHE OU D'AUTRES OBJETS DURS.	Oui 1 Non 2	
CD12H. L'APPELER IDIOT, PAREISSEUX OU QUELQUE CHOSE DE CE GENRE.	Oui 1 Non 2	
CD12I. LE/LA FRAPPER OU GIFLER SUR LE VISAGE, LA TETE OU LES OREILLES.	Oui 1 Non 2	
CD12J. LE/LA FRAPPER SUR LA MAIN, LE BRAS OU LA JAMBE.	Oui 1 Non 2	
CD12K. LE/LA TAPER AVEC UN INSTRUMENT (ENCORE ET ENCORE, AUSSI DUR QUE POSSIBLE).	Oui 1 Non 2	
CD13. PENSEZ-VOUS QUE POUR ELEVER, EDUQUER (<i>nom</i>) PROPREMENT VOUS AVEZ BESOIN DE LE PUNIR PHYSIQUEMENT?	Oui 1 Non 2 NSP/pas d'opinion 8	

SOURCE AND COUT DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES

<p>TN3A. OU AVEZ-VOUS REÇU LA MOUSTIQUAIRE ?</p>	<p>Secteur public Hôpital gouvernemental11 Centre de santé gouvernementale12 Poste de santé gouvernementale.....13 Agent de santé communautaire14 Clinique mobile/communautaire15 Autre public (<i>à préciser</i>) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé Clinique/Hôpital privé(e).....21 Médecin privé.....22 Pharmacie privée23 Clinique mobile24 Autre médical privé (<i>à préciser</i>)_____ 26</p> <p>Autre source Parent ou ami.....31 Magasin32 Guérisseur traditionnel33</p> <p>Autre (<i>à préciser</i>) _____ 96 NSP98</p>	
<p>TN3B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LA MOUSTIQUAIRE ?</p>	<p>Monnaie locale..... _ _ _ _ _</p> <p>Gratuit.....9996 NSP9998</p>	

SOURCE AND COUT DES SRO

CA4A. Vérifier CA2A : Sachet de SRO utilisé ?		
<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA4B <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Passer à CA5		
CA4B. OU AVEZ-VOUS REÇU LE (nom du sachet de SRO de CA2A) ?	Secteur public Hôpital gouvernemental11 Centre de santé gouvernemental12 Poste de santé gouvernemental.....13 Agent de santé communautaire14 Clinique mobile/communautaire15 Autre public (à préciser) _____ 16 Secteur médical privé Clinique/Hôpital privé(e).....21 Médecin privé.....22 Pharmacie privée23 Clinique mobile24 Autre médical privé (à préciser)_____ 26 Autre source Parent ou ami.....31 Magasin32 Guérisseur traditionnel33 Autre (à préciser) _____ 96 NSP98	
CA4C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE (nom du sachet de SRO de CA2A) ?	Monnaie locale..... _ _ _ _ Gratuit.....9996 NSP9998	

SOURCE ET COUT DES ANTIBIOTIQUES POUR UNE PNEUMONIE SUSPECTEE

CA11A. Vérifier CA11: Antibiotique donné ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec CA11B <input type="checkbox"/> No. ⇒ Passer à CA12																																									
CA11B. OU AVEZ-VOUS REÇU LES ANTIBIOTIQUES ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">Secteur public</td> </tr> <tr> <td>Hôpital gouvernemental.....</td> <td style="text-align: right;">11</td> </tr> <tr> <td>Centre de santé gouvernemental</td> <td style="text-align: right;">12</td> </tr> <tr> <td>Poste de santé gouvernemental</td> <td style="text-align: right;">13</td> </tr> <tr> <td>Agent de santé communautaire.....</td> <td style="text-align: right;">14</td> </tr> <tr> <td>Clinique mobile/communautaire</td> <td style="text-align: right;">15</td> </tr> <tr> <td>Autre public (à préciser) _____</td> <td style="text-align: right;">16</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Secteur médical privé</td> </tr> <tr> <td>Clinique/Hôpital privé(e)</td> <td style="text-align: right;">21</td> </tr> <tr> <td>Médecin privé</td> <td style="text-align: right;">22</td> </tr> <tr> <td>Pharmacie privée</td> <td style="text-align: right;">23</td> </tr> <tr> <td>Clinique mobile</td> <td style="text-align: right;">24</td> </tr> <tr> <td>Autre médical</td> <td></td> </tr> <tr> <td> privé (à préciser) _____</td> <td style="text-align: right;">26</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Autre source</td> </tr> <tr> <td> Parent ou ami</td> <td style="text-align: right;">31</td> </tr> <tr> <td> Boutique</td> <td style="text-align: right;">32</td> </tr> <tr> <td> Guérisseur traditionnel</td> <td style="text-align: right;">33</td> </tr> <tr> <td>Autre (à préciser) _____</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td>NSP</td> <td style="text-align: right;">98</td> </tr> </table>	Secteur public		Hôpital gouvernemental.....	11	Centre de santé gouvernemental	12	Poste de santé gouvernemental	13	Agent de santé communautaire.....	14	Clinique mobile/communautaire	15	Autre public (à préciser) _____	16	Secteur médical privé		Clinique/Hôpital privé(e)	21	Médecin privé	22	Pharmacie privée	23	Clinique mobile	24	Autre médical		privé (à préciser) _____	26	Autre source		Parent ou ami	31	Boutique	32	Guérisseur traditionnel	33	Autre (à préciser) _____	96	NSP	98
Secteur public																																									
Hôpital gouvernemental.....	11																																								
Centre de santé gouvernemental	12																																								
Poste de santé gouvernemental	13																																								
Agent de santé communautaire.....	14																																								
Clinique mobile/communautaire	15																																								
Autre public (à préciser) _____	16																																								
Secteur médical privé																																									
Clinique/Hôpital privé(e)	21																																								
Médecin privé	22																																								
Pharmacie privée	23																																								
Clinique mobile	24																																								
Autre médical																																									
privé (à préciser) _____	26																																								
Autre source																																									
Parent ou ami	31																																								
Boutique	32																																								
Guérisseur traditionnel	33																																								
Autre (à préciser) _____	96																																								
NSP	98																																								
CA11C. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LES ANTIBIOTIQUES ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Monnaie locale</td> <td style="text-align: right;">_ _ _ _</td> </tr> <tr> <td>Gratuit</td> <td style="text-align: right;">9996</td> </tr> <tr> <td>NSP</td> <td style="text-align: right;">9998</td> </tr> </table>	Monnaie locale	_ _ _ _	Gratuit	9996	NSP	9998																																		
Monnaie locale	_ _ _ _																																								
Gratuit	9996																																								
NSP	9998																																								

SOURCE ET COUT DES ANTIPALUDEENS

<p>ML9A. OU AVEZ-VOUS REÇU LE (NOM DE L'ANTIPALUDEEN A ML4 OU ML7) ?</p> <p><i>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML4 ou, si aucun antipaludéen n'est mentionné à ML4, il faut se référer au premier antipaludéen mentionné à ML7.</i></p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental11</p> <p>Centre de santé gouvernemental12</p> <p>Poste de santé gouvernemental13</p> <p>Agent de santé communautaire14</p> <p>Clinique mobile/communautaire15</p> <p>Autre public (à préciser) _____ 16</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique/Hôpital privé(e)21</p> <p>Médecin privé22</p> <p>Pharmacie privée23</p> <p>Clinique mobile24</p> <p>Autre médical privé (à préciser) _____ 26</p> <p>Autre source</p> <p>Parent ou ami31</p> <p>Magasin32</p> <p>Guérisseur traditionnel33</p> <p>Autre (à préciser) _____ 96</p> <p>NSP98</p>	
<p>ML9B. COMBIEN AVEZ-VOUS PAYE POUR LE (nom de l'antipaludéen à ML4 ou ML7) ?</p> <p><i>Si plus d'un antipaludéen est mentionné à ML4 ou ML7, il faut se référer au même antipaludéen mentionne ci-dessus à ML9A.</i></p>	<p>Monnaie locale..... _ _ _ _ _</p> <p>Gratuit9996</p> <p>NSP9998</p>	

CONTRACEPTION ET BESOINS NON-SATISFAITS		
CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE – ET DE VOTRE SANTE REPRODUCTIVE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte 1 Non 2 Pas sûre ou NSP 8	 2⇒CP2 8⇒CP2
CP1A. AU MOMENT OU VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA, VOULIEZ-VOUS ATTENDRE PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ?	À ce moment..... 1 Plus tard 2 Ne voulait plus d'enfants 3	1⇒CP4B 2⇒CP4B 3⇒CP4B
CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui 1 Non 2	 2⇒CP4A
CP3. QUELLE METHODE UTILISEZ-VOUS? <i>Ne suggérez pas. Si plus d'une méthode mentionnée, encercler tous les codes des méthodes citées.</i>	Stérilisation féminine A Stérilisation masculine B Pilule C DIU D Injections E Implants F Condom G Condom féminin H Diaphragme I Mousse/gelée J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) K Abstinence périodique L Retrait M Autre (à préciser) _____ X	
CP4A. MAINTENANT J'AI QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS DU TOUT ? CP4B. <i>Si actuellement enceinte</i> : APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU VOUDRIEZ-VOUS NE PAS AVOIR D'AUTRES ENFANTS DU TOUT?	Avoir (un/autre) enfant 1 Pas d'autre du tout/Aucun..... 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise/NSP 8	 2⇒CP4D 3⇒MODULE SUIVANT 8⇒CP4D
CP4C. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'(UN AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ____ Années 2 ____ Bientôt/maintenant 993 Elle ne peut pas tomber enceinte 994 Après le mariage 995 Autre 996 NSP 998	

CP4D. Vérifier CP1:

Actuellement enceinte? ⇒ Module suivant

Pas enceinte ou pas sûre ? ⇒ Continuer avec CP4E

CP4E. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT APTE A ETRE EN ETAT DE GROSSESSE EN CE MOMENT?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
---	---	--

ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL LEGITIME QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :			
	Oui	Non	NSP
DV1A. SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans lui dire1	2	8
DV1B. SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants1	2	8
DV1C. SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Se dispute.....1	2	8
DV1D. SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse sexe.....1	2	8
DV1E. SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture1	2	8

MODULE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT		CE
<i>La question CE1 est à administrer une seule fois à chaque mère/gardiennne</i>		
CE1. COMBIEN DE LIVRES IL Y A-T-IL DANS LE MENAGE? S'IL VOUS PLAÎT, INCLURE LES LIVRES SCOLAIRES MAIS PAS LES AUTRES LIVRES POUR ENFANTS TELS QUE LES LIVRES ILLUSTRÉS <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de livres pour adultes0 __ Dix livres pour adultes ou plus10	
CE2. COMBIEN DE LIVRES POUR ENFANTS OU DE LIVRES ILLUSTRÉS AVEZ-VOUS POUR (<i>nom</i>)? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de livres pour enfants0 __ Dix livres ou plus10	
CE3. JE VOUDRAIS CONNAÎTRE LES OBJETS QUE (<i>nom</i>) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST À LA MAISON. AVEC QUOI (<i>nom</i>) JOUE-T-IL/ELLE? EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : OBJETS DU MENAGE COMME VAISSELLE, PLATES, TASSES, POTS? OBJETS ET MATÉRIELS RAMASSÉS EN DEHORS DU QUARTIER COMME BRANCHES PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OR FEUILLAGE? JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON COMME POUPEES, VOITURES ET AUTRES JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON? JOUETS ACHETÉS DANS UN MAGASIN? <i>Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i> <i>Code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i>	Objets pour le ménage (vaisselle, plates, tasses, pots) A Objets et matériels trouvés en dehors du quartier comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage) B Jouets fabriqués à la maison (poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison) C Jouets achetés dans un magasin D Pas de jouets mentionnés..... Y	
CE4. QUELQUES FOIS LES ADULTES S'OCCUPANT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, LAVÉ LES VÊTEMENTS OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES ENFANTS À D'AUTRES PERSONNES. DEPUIS LE DERNIER (JOUR DE LA SEMAINE) COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) AU SOIN D'UN AUTRE ENFANT (C'EST À DIRE À QUELQU'UN ÂGE DE MOINS DE 10 ANS)? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois __ __	
CE5. DURANT LA SEMAINE DERNIÈRE COMBIEN DE FOIS (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE ÉTÉ LAISSÉ(E) SEUL(E)? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois __ __	

HANDICAP

DA

Ce module doit être administré aux personnes en charge des enfants de 2 à 9 ans qui vivent dans le ménage. Pour les membres du ménage de moins de 2 ans ou de plus de 9 ans, laissez les lignes en blanc

JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER S'IL Y'A DES ENFANTS DE 2 A 9 ANS DANS CE MENAGE QUI ONT L'UN DES PROBLEMES DE SANTE QUE JE VAIS VOUS CITER

DA1. Numéro ligne.	DA2. Nom de l'enfant	DA3. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A OU AVAIT UN RETARD SERIEUX POUR S'ASSEoir, SE TENIR DEBOUT OU MARCHER?	DA4. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS EST CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR VOIR LA LUMIERE DU JOUR OU A LA TOMBEE DE LA NUIT?	DA5. EST -CE QUE (nom) SEMBLE AVOIR DES TROUBLES DE L'AUDITION? (UTILISE UN APPAREIL ACCOUSTI- QUE, A DES TROUBLES DE L'AUDITION, TOTALEMENT SOURD)	DA6. QUAND VOUS DEMANDEZ A (nom) DE FAIRE QUELQUE CHOSE, EST CE QU'IL /ELLE COMPREND CE QUE VOUS DITES?	DA7. EST-CE QUE (nom) A DES DIFFICULTES POUR MARCHER, OU BOUGER LES BRAS OU EST - CE QU'IL/ELLE MANQUE DE FORCE ET/OU A UNE RAIDEUR DANS LE BRAS OU LES JAMBES?	DA8. EST-CE QUE (nom) PIQUE PARFOIS DES CRISES, DEVIENT RAIDE OU PERD CONNAISS- ANCE?	DA9. EST-CE QUE (nom) APPREND A FAIRE DES CHOSSES COMME LES AUTRES ENFANTS DE SON AGE?	DA10. EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE PARLER DU TOUT (PEUT-IL /ELLE SE FAIRE COMPR ENDRE EN PARLANT, PEUT DIRE DES CHOSSES RECONNAISS- ABLES)?	DA11. (Pour les enfants de 3-9 ans): EST-CE QUE LA FACON DE PARLER DE (nom) EST DIFFERENTE DE LA NORMALE (PAS ASSEZ CLAIRE POUR QU'IL/ELLE SOIT COMPRIS(E) PAR LES GENS FAMILLE IMMEDIATE)?	DA12. (Pour les enfants de 2 ans): EST- CE QUE (nom) PEUT NOMMER AU MOINS UN OBJET (PAR EXEMPLE, UN ANIMAL, UN JOUET, UNE TASSE, UNE CUILIERE) ?	DA13. COMPARE A D'AUTRES ENFANTS DU MEME AGE (nom) PARAIT-T- IL/ELLE MENTALE- MENT ARRIERE OU EST-IL/ELLE LENT(E) D'ESPRIT?	
LIGNE	NOM	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N	O	N
01		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
02		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
03		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
04		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
05		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
06		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
07		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
08		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
09		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
10		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
11		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
12		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
13		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
14		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
15		1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

MODULE SUR LA MORTALITE MATERNELLE
MM

Poser les questions de ce module à chaque membre adulte (âgé de 15 ou plus) du ménage. Copier le nom et le numéro de ligne de chaque adulte à partir du questionnaire ménage. Si un des membres adultes n'est pas à la maison, un autre membre adulte peut répondre à sa place. Dans ce cas, encadrer le '1' dans MM3, et inscrire le numéro de ligne de cet(te) autre enquêté(e) remplaçant(e) « proxy » dans MM4. Pour les membres du ménage de moins de 15 ans, laisser les lignes en blanc.

MM1. Ligne no.	MM2. Nom	MM3. EST-CE QUE L'INFORMATION EST UNE INFORMATION PAR PROCURATION? 1 OUI ⇨ MM4 2 NON ⇨ MM5	MM4. Numéro de ligne de l'enquêté(e) « proxy » (à partir de la feuille d'enregistrement du ménage HLI)	MM5. COMBIEN DE SŒURS (NEES DE LA MEME MERE) AVEZ-VOUS ?	MM6. PARMI CES SŒURS, COMBIEN ONT-ELLES ATTEINT L'ÂGE DE 15 ANS ?	MM7. PARMI CES SŒURS (QUI ONT AU MOINS 15 ANS), COMBIEN SONT-ELLES ENCORE EN VIE ?	MM8. PARMI CES SŒURS QUI ONT ATTEINT L'ÂGE DE 15 ANS OU PLUS, COMBIEN SONT-ELLES DECEDEES ?	MM9. PARMI CES SŒURS QUI SONT DECEDEES, COMBIEN SONT-ELLES DECEDEES QUAND ELLES ETAIENT ENCEINTEES, AU COURS D'UN ACCOUCHEMENT OU DANS LES SIX SEMAINES SUIVANT LA FIN D'UNE GROSSESSE ?
LIGNE	NOM	O N	LIGNE	98= NSP	98= NSP	98= NSP	98= NSP	98= NSP
01		1 2						
02		1 2						
03		1 2						
04		1 2						
05		1 2						
06		1 2						
07		1 2						
08		1 2						
09		1 2						
10		1 2						
11		1 2						
12		1 2						
13		1 2						
14		1 2						
15		1 2						