

HA24	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA27
HA25	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus3	
HA26	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11
HA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	
WM11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes :	
WM12	L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9. <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.		
Observations de l'enquêteur/enquêtrice			
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain			
Observations du superviseur			

QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

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

UF

Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiennes (voir colonne HL9 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage) qui prennent soin d'enfants de moins de 5 ans vivant avec elles (voir colonne HL6 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).
Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible.

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 la mère / gardienne: _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview: _____
<p>Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée : NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE D'ENQUETEURS DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (NOMBRE) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.</p>	
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.</p>	
UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans:	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (précisez).....96
UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom.....	UF11. Agent de saisie (Nom et code): Nom.....
UF12. Enregistrez l'heure du début de l'interview.	Heure et minutes :

AGE

AG

AG1	<p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE DE (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? Si la mère/gardienne connaît la date de naissance exacte, inscrivez également le jour ; autrement, encercler 98 pour jour Le mois et l'année doivent être enregistrés.</p>	<p>Date de naissance: Jour NSP Jour.....98 Mois Année</p>
AG2	<p>QUEL AGE A (nom) ? Insistez: QUEL AGE AVAIT (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? Enregistrez l'âge en années révolues. Si moins de 1 an, enregistrez '0'. Comparez et corrigez AG1 et/ou AG2 si incohérence</p>	<p>Âge (en années révolues)</p>

AG2A	QUEL EST L'AGE DE (nom) EN MOIS ? Enregistrez l'âge en mois révolus. Si moins d'un mois, enregistrez '0'.	Âge (en mois révolus).....
------	---	----------------------------

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES**BR**

BR1	(Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT/ACTE DE NAISSANCE? Si oui, demandez PUIS-JE LE VOIR?	Oui, vu.....1 Oui, non vu 2 Non..... 3 NSP..... 8	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
BR2	LA NAISSANCE DE (nom) A-T-ELLE ETE ENREGISTRÉE / DÉCLARÉE À L'ÉTAT CIVIL?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	1⇒Module suivant
BR3	SAVEZ-VOUS COMMENT FAIRE ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT?	Oui.....1 Non..... 2	2⇒Module suivant
BR4	POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE/DECLAREE?	Coûte trop cher1 C'est trop loin..... 2 NSP qu'elle devait être enregistrée 3 Ne voulait pas payer d'amende... 4 Ne sait pas où l'enregistrer 5 Autre (précisez) 6 NSP..... 8	

DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT**EC**

EC1	COMBIEN DE LIVRES D'ENFANTS OU DE LIVRES D'IMAGES AVEZ-VOUS POUR (nom)?	Aucun..... 00 Nombre de livres d'enfant..... 0_ Dix livres ou plus.....10
EC2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELS OBJETS (nom) UTILISE POUR JOUER QUAND IL/ELLE EST A LA MAISON. EST-CE QU'IL/ELLE JOUE AVEC : [A] DES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON (COMME DES POUPEES, VOITURES OU AUTRES JOUETS FABRIQUES A LA MAISON) ? [B] DES JOUETS D'UN MAGASIN OU DES JOUETS D'UN FABRICANT ? [C] OBJETS DU MENAGE (COMME DES CUVETTES OU CASSEROLES), OU DES OBJETS TROUVES DEHORS (COMME DES BATONS, PIERRES, ANIMAUX, COQUILLES OU FEUILLES)? Si l'enquêté(e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.	O N NSP Jouets fabriqué à la maison 1 2 8 Jouets de magasin 1 2 8 Objets du ménage ou objets du dehors 1 2 8
EC3	PARFOIS LES ADULTES QUI S'OCCUPENT DES ENFANTS DOIVENT QUITTER LA MAISON POUR ALLER FAIRE DES COURSES, FAIRE LA LESSIVE, OU POUR D'AUTRES RAISONS ET DOIVENT LAISSER LES JEUNES ENFANTS. AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE, COMBIEN DE JOURS (nom) A-T-IL/ELLE ETE: [A] LAISSE SEUL(E) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? [B] LAISSE A LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT (C'EST-A-DIRE QUELQU'UN DE MOINS DE 10 ANS) PENDANT PLUS D'UNE HEURE ? Si 'jamais', inscrivez '0'. Si 'Ne sait pas', inscrivez '8'	Nombre de jours laissé seul pendant plus d'une heure Nombre de jours laissé avec un enfant pendant plus d'une heure.....
EC4	Vérifiez AG2: Age de l'enfant <input type="checkbox"/> Enfant de 3 ou 4 ans ⇒ Continuez avec EC5 <input type="checkbox"/> Enfant de 0, 1 ou 2 ans ⇒ Allez au Module suivant.	

EC5	(Nom) SUIV-IL/ELLE UN PROGRAMME D'APPRENTISSAGE EDUCATIF OU UNE CLASSE D'EVEIL, DANS UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇒EC7 8⇒EC7
EC6	AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T-IL FREQUENTE CET ENDROIT ?	Nombre d'heures.....	
EC7	PENDANT LES TROIS DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS, VOUS OU UN AUTRE MEMBRE DU MENAGE DE PLUS DE 15 ANS, PARTICIPE AVEC (nom) A L'UNE DES ACTIVITES SUIVANTES : Si oui, demandez: QUI A PARTICIPE A CETTE ACTIVITE AVEC (nom) ? Encerclez tout ce qui est mentionné. [A] LIRE DES LIVRES OU REGARDER DES LIVRES ILLUSTRÉS AVEC (nom) ? [B] RACONTER DES HISTOIRES A (nom) ? [C] CHANTER DES CHANSONS A (nom) OU AVEC (nom), Y COMPRIS DES BERCEUSES ? [D] EMMENER (nom) EN PROMENADE EN DEHORS DE LA MAISON, DE LA RESIDENCE, DE LA COUR OU DE L'ENCEINTE? [E] JOUER AVEC (nom) ? [F] PASSER DU TEMPS AVEC (nom) A NOMMER, A COMPTER, ET/OU A DESSINER ?	Mère Père Autre Personne Lire des livres A B X Y Raconter des histoires A B X Y Chanter des chansons A B X Y Promener A B X Y Jouer A B X Y Passer du temps A B X Y	
EC8	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR LA SANTE ET LE DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. LES ENFANTS NE SE DEVELOPPENT PAS TOUS DE MANIERE IDENTIQUE ET ILS N'APPRENNENT PAS TOUS A LA MEME VITESSE. CERTAINS, PAR EXEMPLE, MARCHENT PLUS TOT QUE D'AUTRES. CES QUESTIONS PORTENT SUR PLUSIEURS ASPECTS DU DEVELOPPEMENT DE VOTRE ENFANT. EST-CE QUE (nom) CONNAIT OU PEUT CITER AU MOINS DIX LETTRES DE L'ALPHABET ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC9	EST-CE QUE (nom) PEUT LIRE AU MOINS QUATRE MOTS SIMPLES, COURANTS ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC10	EST-CE QUE (nom) PEUT CITER ET RECONNAITRE TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC10A	SI NON, EST CE QUE (nom) PEUT IL CITER TOUS LES CHIFFRES DE 1 A 10 ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC11	EST-CE QUE (nom) PEUT ATTRAPER PAR TERRE AVEC DEUX DOIGTS UN PETIT OBJET, COMME UN BATON OU UN CAILLOU ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC12	EST-CE QU'IL ARRIVE PARFOIS QUE (nom) SOIT TROP MALADE POUR JOUER ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC13	EST-CE QUE (nom) EST CAPABLE DE SUIVRE DE SIMPLES INSTRUCTIONS POUR FAIRE QUELQUE CHOSE CORRECTEMENT ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	
EC14	QUAND ON DONNE QUELQUE CHOSE A FAIRE A (nom), EST-IL/ELLE CAPABLE DE LA FAIRE DE MANIERE INDEPENDANTE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP..... 8	

EC15	EST-CE QUE (nom) S'ENTEND BIEN AVEC LES AUTRES ENFANTS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
EC16	EST-CE QUE (nom) DONNE DES COUPS DE PIEDS, MORD, OU FRAPPE LES AUTRES ENFANTS OU LES ADULTES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
EC17	EST-CE QUE (nom) EST FACILEMENT DISTRAIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

ALLAITEMENT**BF**

BF1	EST-CE QUE (nom) A ETE ALLAITE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF2A NSP.....8 8⇒BF2A
BF2	EST-CE QUE (nom) EST ENCORE ALLAITE ?	Oui.....1 1⇒BF3 Non.....2 2⇒BF3 NSP.....8 8⇒BF3
BF2A	PARFOIS LES ENFANTS SONT NOURRIS AU LAIT MATERNEL DE DIFFERENTES FAÇON, PAR EXEMPLE A LA CUILLERE, A LA TASSE OU AU BIBERON. CELA PEUT SE PRODUIRE LORSQUE LA MERE NE PEUT PAS TOUJOURS ETRE AVEC SON BEBE. PARFOIS LES BEBES SONT ALLAITES PAR UNE AUTRE FEMME OU DU LAIT MATERNEL EST DONNE DE LA PART D'UNE AUTRE FEMME A LA CUILLERE, A LA TASSE OU AU BIBERON OU D'UNE AUTRE MANIERE. CELA PEUT SE PRODUIRE LORSQUE LA MERE NE PEUT PAS ALLAITE SON PROPRE BEBE (nom) A-T-IL DEJA REÇU DU LAIT MATERNEL DANS L'UNE DES FAÇONS QUE JE VIENS DE VOUS CITER ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF3 NSP.....8 8⇒BF3
BF2B	(nom) A-T-IL REÇU DU LAIT MATERNEL DANS L'UNE DES FAÇONS QUE JE VIENS DE VOUS CITER, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF3	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER QUELS LIQUIDES (nom) A REÇU HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT. JE CHERCHE A SAVOIR SI (nom) A REÇU CE LIQUIDE MEME S'IL ETAIT MELANGE AVEC D'AUTRES ALIMENTS. EST-CE QUE (nom) A BU DE L'EAU HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF4	EST-CE QUE (nom) A BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDU EN COMMERCE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF6 NSP.....8 8⇒BF6
BF5	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU UNE PREPARATION POUR BEBE VENDUE EN COMMERCE ?	Nombre de fois _ _ _
BF6	EST-CE QUE (nom) A BU DU LAIT TEL QUE DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF8 NSP.....8 8⇒BF8
BF7	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU DU LAIT EN BOITE, EN POUDRE OU DU LAIT FRAIS D'ANIMAL ?	Nombre de fois _ _ _
BF8	EST-CE QUE (nom) A BU DES JUS DE FRUITS OU DES BOISSONS A BASE DE JUS DE FRUITS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

BF9	EST-CE QUE (nom) A BU DU BOUILLON CLAIR (DE VIANDE OU DE LEGUMES) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF10	EST-CE QUE (nom) A BU DES SUPPLEMENTS VITAMINIQUES OU MINERAUX OU DES MEDICAMENTS, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF11	EST-CE QUE (nom) A BU UNE SRO (SOLUTION DE REHYDRATATION ORALE) HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF12	EST-CE QUE (nom) A BU D'AUTRES LIQUIDES, HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF13	EST-CE QUE (nom) A BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF15 NSP.....8 8⇒BF15
BF14	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL BU OU MANGE DES YAOURTS HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _ _
BF15	EST-CE QUE (nom) A MANGE DE LA BOUILLIE LEGERE HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8
BF16	EST-CE QUE (nom) A MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒BF18 NSP.....8 8⇒BF18
BF17	COMBIEN DE FOIS (nom) A T-IL MANGE DES ALIMENTS SOLIDES OU SEMI SOLIDES (EN BOUILLIE, PUREE) HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Nombre de fois _ _ _
BF18	EST-CE QUE (nom) A BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER, PENDANT LE JOUR OU LA NUIT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8

JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS DEMANDER DE DECRIRE TOUT CE QUE (nom) A MANGE HIER PENDANT LE JOUR OU LA NUIT.

1- Aider la mère ou la gardienne de l'enfant à se remémorer l'ensemble des aliments que l'enfant a pu manger dans les dernières 24 heures en citant les différents moments de la journée (réveil, petit déjeuner, collation, goûter, déjeuner, dîner, couché, pendant la nuit).

Enregistrez au fur et à mesure les réponses en soulignant les aliments dans la liste ci-dessous et en encerclant le code 1 pour Oui. Pour les plats composés, demandez de citer les différents ingrédients qui composent les plats. Si un aliment est mentionné mais que ce dernier n'est pas répertorié dans la liste ci-dessous, l'inscrire dans la case « Autres aliments ».

Une fois que la mère ou la gardienne de l'enfant a terminé de citer l'ensemble des aliments consommés par l'enfant dans les dernières 24 heures, lire la question ci-dessous pour l'ensemble des groupes d'aliments où la réponse « 1 » n'est pas enregistrée.

2-Encerclez le code 1 si l'aliment a été donné, le code 2 pour NON si l'aliment n'a pas été donné et le code 8 pour NSP si la mère/gardienne ne sait pas si l'enfant a mangé cet aliment.

EST-CE QUE (nom) A MANGE (GROUPE D'ALIMENT) ?

AUTRES ALIMENTS :		OUI	NON	NSP
BF19A. Du pain, du riz, des pâtes, d'autres aliments à base de céréales y compris les bouillies à base de céréales ?	A	1	2	8
BF19B. Des carottes, de la citrouille, de la courge ou des patates douces dont la chair est jaune/orange ?	B	1	2	8
BF19C. De la pomme de terre, de l'igname blanche, du manioc, de la patate douce blanche ou un autre tubercule ou racine locale ?	C	1	2	8
BF19D. Des légumes de feuilles vertes ?	D	1	2	8
BF19E. Des mangues, des papayes mûres ou du melon ?	E	1	2	8
BF19F. D'autres fruits ou légumes?	F	1	2	8
BF19G. Du foie, des rognons, du cœur, du gésier ou d'autres abats ?	G	1	2	8
BF19H. Des viandes telles que du bœuf, du porc, du mouton, de la chèvre, du poulet, du canard ou d'autres volailles ?	H	1	2	8
BF19I. Des œufs ?	I	1	2	8
BF19J. Du poisson frais, séché, fumé, des crustacés ou des fruits de mer ?	J	1	2	8
BF19K. Des arachides, des haricots, du niébé, des pois, des lentilles ou des noix ?	K	1	2	8
BF19L. Du lait caillé, du fromage, du yaourt ou d'autres produits laitiers ?	L	1	2	8
BF19M. De l'huile, de la graisse, du beurre ou des aliments préparés avec cela ?	M	1	2	8
BF19N. Des aliments sucrés tels que le chocolat, le miel, la confiture, les bonbons, les pâtisseries, les gâteaux ou les biscuits ?	N	1	2	8
BF19O. Des condiments, des épices, du piment, du poisson en poudre, du cube Maggi, des herbes ?	O	1	2	8
BF19P. Des chenilles, des escargots ou des insectes ?	P	1	2	8
BF19Q. Des aliments préparés avec l'huile de palme rouge ou une sauce à base d'huile de palme rouge ?	Q	1	2	8

SOINS DES ENFANTS MALADES

CA

CA1	EST-CE QUE (nom) A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP.....8 8⇒CA7
CA2	JE VOUDRAIS SAVOIR QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES A ETE DONNE A (nom) DURANT SA DIARRHEE (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL). PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A T-IL/ELLE RECU A BOIRE MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A RECU BEAUCOUP MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A BOIRE QUE D'HABITUDE?	Beaucoup moins.....1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 Rien à boire.....5 NSP.....8

CA3	PENDANT QUE (nom) AVAIT LA DIARRHEE, A-T-IL/ELLE REÇU A MANGER MOINS QUE D'HABITUDE, ENVIRON LA MEME QUANTITE, PLUS QUE D'HABITUDE OU N'A-T-IL/ELLE RIEN MANGÉ ? Si moins, insistez: EST-CE QU'IL/ELLE A REÇU BEAUCOUP MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE, OU UN PEU MOINS A MANGER QUE D'HABITUDE ?	Beaucoup moins.....1 Un peu moins2 Environ la même quantité.....3 Plus.....4 A stoppé nourriture.....5 N'a jamais donné à manger6 NSP8
CA4	AU COURS DE SA DIARRHEE, EST-CE QU'ON A DONNE A BOIRE A (nom) L'UN DES PRODUITS SUIVANTS: Lisez à haute voix le nom de chaque produit et enregistrez la réponse avant de passer au produit suivant. [A] UN LIQUIDE PREPARE A PARTIR D'UN SACHET SPECIAL APPELE (nom local du sachet de solution SRO) ? [B] UN LIQUIDE SRO PRE CONDITIONNE POUR LA DIARRHEE?	O N NSP Liquide sachet SRO1 2 8 Liquide SRO pré-conditionné.....1 2 8
CA5	EST-CE QUE QUELQUE CHOSE (D'AUTRE) A ETE DONNE POUR TRAITER LA DIARRHEE ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA7 NSP8 8⇒CA7
CA6	QU'A-T-ON DONNE (D'AUTRE) POUR TRAITER LA DIARRHEE? Insistez : RIEN D'AUTRE ? Enregistrez tous les traitements donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés. ----- (Nom des médicaments)	Comprimé ou Sirop Antibiotique.....A Antimotilité/anti diarrhéique ... B ZincC Autre (pas antibiotique, antimotilité/anti diarrhéique ou zinc)G Comprimé ou sirop inconnu....H Injection Antibiotique.....L Non-antibiotiqueM Injection inconnue.....N IntraveineuseO Remède maison/ herbes médicinales.....Q Autre (précisez)X
CA7	EST-CE QU'AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA TOUX ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP8 8⇒CA14
CA8	QUAND (nom) ETAIT MALADE AVEC DE LA TOUX, EST-CE QU'IL/ELLE RESPIRAIT PLUS VITE QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU EST-CE QU'IL/ELLE AVAIT DES DIFFICULTES POUR RESPIRER ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA14 NSP8 8⇒CA14
CA9	LES DIFFICULTES RESPIRATOIRES ETAIENT-ELLES DUES A UN PROBLEME DE BRONCHES, OU A UN NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT ?	Problème de bronches1 Nez bouché ou qui coulait2 2⇒CA14 Les deux.....3 Autre (précisez)6 6⇒CA14 NSP8
CA10	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALADIE QUELQUE PART ?	Oui.....1 Non.....2 2⇒CA12 NSP8 8⇒CA12

CA11	<p>OU AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p> <p>Insistez:</p> <p>NULLE PART AILLEURS ?</p> <p>Encerclez tous les endroits mentionnés, Mais ne suggérez PAS de réponse.</p> <p>Insistez pour identifier chaque type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital du gouvernement.....A</p> <p>Centre de santé du gouvernement.....B</p> <p>Poste de santé du gouvernement.....C</p> <p>Agent de santé villageois.....D</p> <p>Clinique mobile/communautaire.....E</p> <p>Autre public (précisez) _____H</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital/clinique privé.....I</p> <p>Médecin privé.....J</p> <p>Pharmacie privée.....K</p> <p>Clinique mobile.....L</p> <p>Autre médical privé (précisez) _____O</p> <p>Autre source</p> <p>Parent (e)/ Ami (e).....P</p> <p>Boutique.....Q</p> <p>Praticien traditionnel.....R</p> <p>Autre (précisez) _____X</p>
CA12	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR TRAITER CETTE MALADIE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒CA14</p> <p>NSP.....8 8⇒CA14</p>
CA13	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom) ?</p> <p>Insistez:</p> <p>AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encerclez tous les médicaments donnés. Inscrivez le nom des marques de tous les médicaments mentionnés.</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antibiotique</p> <p>Comprimé / Sirop.....A</p> <p>Injection.....B</p> <p>Antipaludéens.....M</p> <p>Paracétamol/Panadol/ Acétaminophène.....P</p> <p>Aspirine.....Q</p> <p>Ibuprofen.....R</p> <p>Autre (précisez) _____X</p> <p>NSP.....Z</p>
CA14	<p>Vérifiez AG2: enfant de moins de 3 ans?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec CA15</p> <p><input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT</p>	
CA15	LA DERNIERE FOIS QUE (nom) EST ALLE DEFEQUER, QU'AVEZ-VOUS FAIT POUR VOUS DEBARRASSER DES EXCREMENTS?	<p>Enfant a utilisé toilettes / latrines01</p> <p>Jeté / Rincé dans toilettes ou latrines.....02</p> <p>Jeté / Rincé dans égout ou rigole .03</p> <p>Jeté aux ordures (déchets solides)04</p> <p>Enterré.....05</p> <p>Laissé à l'air libre.....06</p> <p>Autre (précisez) _____96</p> <p>NSP.....98</p>

PALUDISME

ML

ML1	A N'IMPORTE QUEL MOMENT, AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, EST-CE QUE (nom) A ETE MALADE AVEC DE LA FIEVRE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒Module suivant</p> <p>NSP.....8 8⇒Module suivant</p>
ML2	À N'IMPORTE QUEL MOMENT DURANT SA MALADIE, EST-CE QUE (nom) A EU DU SANG PRELEVE AU BOUT DE SON DOIGT OU AU TALON POUR EFFECTUER UN TEST ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒ML3</p> <p>NSP.....8 8⇒ML3</p>

ML2A	QUEL A ETE LE RESULTAT DU TEST DU SANG ?	<p>Positif.....1</p> <p>Négatif.....2</p> <p>NSP.....8</p>
ML3	AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT QUELQUE PART OU AUPRES DE QUELQU'UN POUR LA MALADIE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒ML8</p> <p>NSP.....8 8⇒ML8</p>
ML4	EST-CE QUE (nom) A ETE EMMENE DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE DURANT SA MALADIE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒ML8</p> <p>NSP.....8 8⇒ML8</p>
ML5	EST-CE QUE L'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME DANS CET ETABLISSEMENT DE SANTE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒ML7</p> <p>NSP.....8 8⇒ML7</p>
ML6	<p>QUEL MEDICAMENT A-T- ON DONNE A (nom) ?</p> <p>Insistez:</p> <p>AUCUN AUTRE MEDICAMENT ?</p> <p>Encerclez tous les médicaments mentionnés. Si des médicaments ont été donnés, inscrivez la marque de tous les médicaments.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens:</p> <p>SP / Fansidar.....A</p> <p>Chloroquine.....B</p> <p>Amodiaquine.....C</p> <p>Quinine.....D</p> <p>Combinaison avec ArtémisinineE</p> <p>Autre antipaludéen (précisez) _____H</p> <p>Antibiotiques</p> <p>Comprimés / Sirop.....I</p> <p>Injection.....J</p> <p>Autres médicaments:</p> <p>Paracétamol/ Panadol / Acétaminophen.....P</p> <p>Aspirine.....Q</p> <p>Ibuprofen.....R</p> <p>Autre (précisez) _____X</p> <p>NSP.....Z</p>
ML7	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT D'ETRE CONDUIT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?	<p>Oui.....1 1⇒ML9</p> <p>Non.....2 2⇒ML10</p> <p>NSP.....8 8⇒ML10</p>
ML8	EST-CE QU'ON A DONNE A (nom) UN MEDICAMENT POUR LA FIEVRE OU LE PALUDISME AU COURS DE CETTE MALADIE ?	<p>Oui.....1</p> <p>Non.....2 2⇒ML10</p> <p>NSP.....8 8⇒ML10</p>
ML9	<p>QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (nom)?</p> <p>Insistez:</p> <p>AUCUN AUTRE MEDICAMENT?</p> <p>ENCERCLEZ TOUS LES MÉDICAMENTS MENTIONNÉS. SI DES MÉDICAMENTS ONT ÉTÉ DONNÉS, INSCRIVEZ LA MARQUE DE TOUS LES MÉDICAMENTS.</p> <p>_____</p> <p>(Nom des médicaments)</p>	<p>Antipaludéens:</p> <p>SP / Fansidar.....A</p> <p>Chloroquine.....B</p> <p>Amodiaquine.....C</p> <p>Quinine.....D</p> <p>Combinaison avec ArtémisinineE</p> <p>Autre antipaludéen (précisez) _____H</p> <p>Antibiotiques</p> <p>Comprimés / Sirop.....I</p> <p>Injection.....J</p> <p>Autres médicaments:</p> <p>Paracétamol/ Panadol / Acétaminophen.....P</p> <p>Aspirine.....Q</p> <p>Ibuprofen.....R</p> <p>Autre (précisez) _____X</p> <p>NSP.....Z</p>
ML10	<p>Vérifiez ML6 et ML9: Antipaludéens mentionnés (codes A - H)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec ML11.</p> <p><input type="checkbox"/> NON. ⇒ ALLEZ AU MODULE SUIVANT.</p>	
ML11	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES QUE LA FIEVRE AIT COMMENCE, (nom) A-T-IL PRIS POUR LA PREMIERE FOIS (nom de l'antipaludéen déclaré à ML6 ou ML9)?</p> <p>Si plusieurs antipaludéens ont été déclarés à ML6 ou ML9, donnez le nom de tous les antipaludéens mentionnés</p> <p>Enregistrez combien de temps après le début de la fièvre le premier antipaludéen a été donné.</p>	<p>Même jour.....0</p> <p>Jour suivant.....1</p> <p>2 jours après début de la fièvre....2</p> <p>3 jours après début de la fièvre....3</p> <p>4 jours ou plus après début de la fièvre.....4</p> <p>NSP.....8</p>

VACCINATIONS

IM

Si un carnet de vaccination est disponible, recopiez les dates à IM3 pour chaque vaccination enregistrée sur le carnet. Les questions IM6-IM17 servent à enregistrer les vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet. Vous ne poserez IM6-IM17 que si un carnet n'est pas disponible

IM1	AVEZ-VOUS UN CARNET OU LES VACCINATIONS DE (nom) SONT ENREGISTREES ? (SI Oui) PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?	Oui, vu.....1 Oui, non vu 2 Pas de carnet..... 3	1⇒IM3 2⇒IM6	
IM2	AVEZ-VOUS DEJA EU UN CARNET DE VACCINATION POUR (nom) ?	Oui.....1 Non..... 2	1⇒IM6 2⇒IM6	
IM3	(a) Recopiez les dates de chaque vaccination à partir du carnet.	Date des vaccinations		
	(b) Inscrivez '44' dans la colonne jour si le carnet montre que le vaccin a été donné mais que la date n'a pas été enregistrée.	Jour	Mois	
		Année		
	BCG	BCG		
	POLIO A LA NAISSANCE	VPO0		
	POLIO 1	VPO 1		
	POLIO 2	VPO 2		
	POLIO 3	VPO 3		
	DTCOQ 1	DTCOQ 1		
	DTCOQ 2	DTCOQ 2		
	DTCOQ 3	DTCOQ 3		
	PENTAVALENT 1	PENTA 1		
	PENTAVALENT 2	PENTA 2		
	PENTAVALENT 3	PENTA3		
HEPB A LA NAISSANCE	H0			
HEPB1	H1			
HEPB2	H2			
HEPB3	H3			
ROUGEOLE (OU VAR ROR)	ROUG.			
FIÈVRE JAUNE VAA	FJ			
VITAMINE A (DOSE LA PLUS RECENTE)	VITA			
IM4	Vérifiez IM3. Est-ce que toutes les vaccinations (du BCG à la Fièvre Jaune) sont enregistrées? <input type="checkbox"/> Oui⇒ Continuez avec IM18 <input type="checkbox"/> Non⇒ Continuez avec IM5			
IM5	EN PLUS DE CE QUI EST ENREGISTRE SUR CE CARNET, EST-CE QUE (nom) A REÇU D'AUTRES VACCINS – Y COMPRIS DES VACCINS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS? Enregistrez 'Oui' seulement si l'enquêtée mentionne des vaccins qui figurent dans le tableau ci-dessus. (Insistez pour les vaccins et inscrivez '66' à la colonne jour correspondante pour chaque vaccin mentionné. Ensuite, sautez à IM18.)	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18	
IM6	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS AU COURS DE CAMPAGNES OU DE JOURNEES DE VACCINATIONS?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM18 8⇒IM18	

IM7	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN DU BCG CONTRE LA TUBERCULOSE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE DANS L'AVANT BRAS GAUCHE ET QUI LAISSE HABITUELLEMENT UNE CICATRICE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM8	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UN « VACCIN SOUS FORME DE GOUTTES DANS LA BOUCHE » POUR LE/LA PROTEGER CONTRE DES MALADIES – C'EST-A-DIRE LA POLIO ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM9	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE DU VACCIN CONTRE LA POLIO A ETE DONNEE DANS LES DEUX SEMAINES QUI ONT SUIVI LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 2 premières semaines.....1 Plus tard..... 2	
IM10	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LA POLIO A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM10A	EST CE QUE (NOM) A DEJA REÇU LE VACCIN PENTAVALENT ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM11 8⇒IM11
IM10B	COMBIEN DE FOIS (NOM) A REÇU LA DOSE DE PENTAVALENT ?	Nombre de fois __	
IM11	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU « LE VACCIN DTCOQ » – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE DOS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LE TETANOS, LA COQUELUCHE ET LA DIPHTERIE? Insistez en précisant que le vaccin du DTCoq est parfois donné en même temps que la polio	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM13 8⇒IM13
IM12	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE LE DTCOQ A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM13	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION A LA CUISSE – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER L'HEPATITE B Insistez en précisant que le vaccin contre l'hépatite B est parfois donné en même temps que les vaccins de la polio et du DTCoq	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	2⇒IM16 8⇒IM16
IM14	EST-CE QUE LA PREMIERE DOSE D'HEPATITE B A ETE DONNEE DANS LES 24 H APRES LA NAISSANCE OU PLUS TARD ?	Dans les 24 h après naissance.....1 Plus tard..... 2	
IM15	COMBIEN DE FOIS LE VACCIN CONTRE L'HEPATITE B A-T-IL ETE DONNE ?	Nombre de fois __	
IM16	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA ROUGEOLE OU UNE INJECTION VAR – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS DROIT A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA ROUGEOLE ?	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM17	EST-CE QUE (nom) A DEJA REÇU UNE INJECTION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE – C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE AU BRAS GAUCHE A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS – POUR LUI EVITER DE CONTRACTER LA FIÈVRE JAUNE ? Insistez en précisant que le vaccin de la fièvre jaune est parfois donné en même temps que le vaccin de la rougeole.	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	
IM18	EST-CE QUE (nom) A RECU UNE DOSE DE VITAMINE A DOSE COMME CELA DANS LES 6 DERNIERS MOIS ? Montrez les types d'ampoules/ capsule / sirops les plus communs	Oui.....1 Non..... 2 NSP 8	

IM19	Dites-moi, s'il vous plaît, si (nom) a participé à l'une des campagnes ou journées nationales de vaccination suivantes et/ou à l'une des journées de vitamine A suivantes ou à l'une des journées de la santé de l'enfant suivantes: [A] Septembre 2008/Campagne Vitamine A, [B] Mai-Juin 2009/Semaine santé Mère et enfant B, [C] Novembre-Décembre 2009/ Vaccination Polio, Vit A et Déparasitage C	O	N	NSP	
	Campagne A	1	2	8	
	Campagne B	1	2	8	
	Campagne C	1	2	8	
UF13.	Enregistrez l'heure.	Heure et minutes :			
UF14.	Est-ce que l'enquêté(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant âgé de 0-4 ans vivant dans ce ménage ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Indiquez à l'enquêté(e) que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant plus tard. Allez au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS qui doit être administré à la même personne <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'entretien avec l'enquêté(e) en le/ la remerciant pour sa coopération et dites-lui que vous allez avoir à mesurer la taille et le poids de l'enfant Vérifiez s'il y a une autre femme ou un autre enfant de moins de 5ans à qui vous devrez administrer un questionnaire dans ce ménage. Commencez un nouveau questionnaire femme ou enfant de moins de 5 ans ou organisez-vous pour le mesures anthropométriques de tous les enfants éligibles de ce ménage.				

ANTHROPOMÉTRIE

AN

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le technicien pèse et mesure chaque enfant.
Enregistrez 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. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1.	NOM ET CODE DU TECHNICIEN:	Nom
AN2.	Résultat des mesures de la taille en position debout/allongée et du poids	Une ou les deux mesures1 Enfant non présent 2 2⇒AN6 Enfant ou gardienne a refusé 3 3⇒AN6 Autre (précisez) 6 6⇒AN6
AN3.	Poids de l'enfant	Kilogrammes (kg) Poids non mesuré 99.9
AN4.	Taille de l'enfant en position debout ou allongée Vérifiez l'âge de l'enfant à AG2A: <input type="checkbox"/> Enfant de moins de 24 mois. ⇒ Mesurez la taille (position allongée). <input type="checkbox"/> Enfant de 24 mois ou plus. ⇒ Mesurez la taille (position debout).	Taille (cm) Position allongée ...1 Taille (cm) Position debout2 Taille allongée/debout non mesurée 9999.9
AN5.	Œdème Observez et enregistrez.	Vérifié: Œdème présent1 Œdème non présent 2 Pas sûr 3 Non vérifié (précisez la raison) 7
AN6.	Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants pour leur coopération. Rassemblez tous vos questionnaires pour ce ménage et vérifiez que tous les numéros d'identification sont insérés à chaque page. Notez dans le panneau d'information sur le ménage le nombre d'interviews complétées.	
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain		
Observations du superviseur		
Observations de l'enquêteur/enquêtrice		

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL HOMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'HOMME

ML

Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 59 ans (voir colonne HL7A de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque homme éligible.

ML1. Numéro de grappe: _____	ML2. Numéro de ménage: _____
ML3. Nom de l'homme _____	ML4. Numéro de ligne de l'homme: _____
ML5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: Nom _____	ML6. Jour / Mois / Année de l'interview: ____ / ____ / _____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêté : NOUS FAISONS PARTIE DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET PORTANT SUR LA SANTE DU COUPLE MERE-ENFANT, L'EDUCATION, LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE MANIERE GENERALE ET DU VIH/ SIDA. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à ce répondant, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS ABORDER DES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DE LA REPRODUCTION DE MANIERE GENERALE ET DU VIH/SIDA. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.	
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à ML10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez ML7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
ML7. Résultat de l'interview de l'homme	Rempli 01 Pas à la maison 02 Refusé 03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (précisez) 96
ML8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	ML9. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
ML10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes :

CARACTERISTIQUES DE L'HOMME

AN

MB1	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NE ?	Date de naissance : Mois NSP mois 98 Année NSP année 9998
MB2	QUEL AGE AVEZ-VOUS ? Insistez: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparez et corrigez MB1 et/ou MB2 si incohérentes	Âge (en années révolues)
MB3	AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui1 Non 2 2⇒MB7
MB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle 0 0⇒MB7 Primaire1 Secondaire 2 Supérieur 3
MB5	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVE A CE NIVEAU ? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe
MB6	Vérifiez MB4 <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec MB7	

MB7	J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêté. Si l'enquêté ne peut pas lire une phrase entière, insistez : POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout.....1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêté 4 (précisez langue) Aveugle/muet/problème de vue/élocution 5
MB8	QUELLE EST VOTRE OCCUPATION OU METIER ?	Occupation/métier..... -- --

MUTILATIONS GÉNITALES**MFG**

MFG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION FEMININE?	Oui.....1 Non.....2	1⇒Module suivant
MFG2	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⇒Module suivant
MFG3	PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue1 Disparaître2 Cela dépend.....3 NSP.....8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE**MDV**

MVM1	PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :	Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire ...	1	2	8
	Néglige les enfants ...	1	2	8
	Argumente	1	2	8
	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
	Brûle la nourriture	1	2	8
	Tromper avec un autre homme	1	2	8
	[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?			
	[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?			
	[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?			
	[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?			
	[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?			
	[F] SI ELLE LE TROMPE AVEC UN AUTRE HOMME ?			

MARIAGE/UNION**MMA**

MMA1	ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UNE FEMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui, actuellement marié.....1 Oui, vit avec une femme 2 Non, pas en union 3	3⇒MMA5
MMA2	AVEC COMBIEN DE FEMMES VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT ?	Nombre -- --	
MMA3	Si l'enquêté vit avec une seule femme QUEL AGE A EU VOTRE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années -- -- NSP98	
MMA3A	Si l'enquêté vit avec plus d'une femme QUEL AGE A EU VOTRE PLUS JEUNE FEMME A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années -- -- NSP98	
MMA4	• Si l'enquêté n'a qu'une seule femme, poser: S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE VOTRE FEMME/PARTENAIRE? • Si l'enquêté a plus d'une femme poser : S'IL VOUS PLAÎT, DITES-MOI LE NOM DE VOS FEMMES ET DES PARTENAIRE AVEC QUI VOUS VIVEZ. COMMENCEZ PAR CELLE, QUI A ETE LA PREMIERE AVEC QUI VOUS AVEZ VECU ?	Reportez seulement le numéro de ligne du questionnaire Ménage correspondant à la femme/partenaire. Si ne vit pas le ménage inscrivez 00. ----- ----- ----- -----	⇒MMA7 ⇒MMA7 ⇒MMA7 ⇒MMA7

MMA5	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU EN UNION AVEC UNE FEMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ?	Oui a été marié.....1 Oui a vécu avec une femme 2 Non.....3	⇒Module suivant
MMA6	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE: ETES-VOUS VEUF, DIVORCE OU SEPARÉ?	Veuf1 Divorcé 2 Séparé 3	
MMA7	AVEZ-VOUS ETE MARIE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UNE FEMME, UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois1 Plus d'une fois 2	
MMA8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UNE FEMME ?	Mois -- -- NSP le mois98 Année -- -- NSP l'année 9998	⇒Module suivant
MMA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIERE FEMME/PARTENAIRE ?	Âge en années révolues..... -- --	

COMPORTEMENT SEXUEL**MSB**

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêté.

MSB1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels00 Age en années -- -- 1ère fois en commençant à vivre avec (1ère) marie/partenaire95	00⇒ Module suivant
MSB2	LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Ne se souvient pas..... 8	
MSB3	QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.	Il y a ... jours 1 -- -- Il y a ... semaines 2 -- -- Il y a ... mois 3 -- -- Il y a ...ans4 -- --	4⇒MSB15
MSB4	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non.....2	
MSB5	QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel Si 'petite amie', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Epouse1 Partenaire cohabitante 2 Petite amie 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser)..... 6	3⇒MSB7 4⇒MSB7 6⇒MSB7
MSB7	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge de la partenaire sexuelle... -- -- NSP98	
MSB8	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒MSB15

MSB9	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui1 Non.....2	
MSB10	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel Si 'petite amie', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Epouse1 Partenaire cohabitante2 Petite amie3 Rencontre occasionnelle4 Autre (préciser)6	
MSB12	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel..... __ __ NSP98	
MSB13	MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui1 Non.....2	2⇒MSB15
MSB14	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires..... __ __	
MSB15	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation. Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.	Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __ NSP98	

VIH/SIDA

MHA1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui1 Non.....2	2⇒ML11
MHA2	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UNE PARTENAIRE SEXUELLE QUI N'EST PAS INFECTEE ET QUI N'A AUCUNE AUTRE PARTENAIRE ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA3	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA4	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA5	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA6	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP8	
MHA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP8	

MHA

MHA8	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE: [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement1 2 8 En allaitant1 2 8	
MHA9	À VOTRE AVIS, SI UN(E) ENSEIGNANT(E) A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'IL/ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'IL/ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISE(E) A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA10	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA11	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA12	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRET A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
MHA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2	2⇒MHA27
MHA17	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus3	
MHA18	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui1 Non.....2 NSP8	2⇒ML11 2⇒ML11 8⇒ML11
MHA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui1 Non.....2	
ML11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes : ..	
Observations de l'enquêteur/enquêtrice			
Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain			
Observations du superviseur			