

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE		HH
HH1. Numéro de grappe : _ _ _ _ _		HH2. Numéro du ménage: _ _
HH3. Nom et code de l'enquêtrice: NOM _ _ _ _		HH4. Nom et code du superviseur de l'équipe: NOM _ _
HH5. Jour / Mois / Année de l'enquête : _ _ _ _ _ _ _ _ _		HH7. ESPACE DE PROGRAMMATION TERRITORIALE (EPT):
HH6. MILIEU DE RESIDENCE :		NORD CENTRE 1
URBAIN 1		NORD EST 2
RURAL 2		NORD OUEST 3
HH9. Ménage sélectionné pour le test de l'eau ?		HAUT PLATEAU CENTRE 4
OUI 1		HAUT PLATEAU EST 5
NON 2		HAUT PLATEAU OUEST 6
HH10. Ménage sélectionné pour le test à blanc ?		SUD 7
OUI 1		
NON 2		

Vérifier que le/la répondant(e) est un membre qui connaît bien le ménage et a au moins 18 ans avant de continuer. Vous ne pouvez enquêter un enfant de 15-17 ans que s'il n'y a pas de membre adulte dans le ménage ou si tous les adultes sont en incapacité. Vous ne pouvez pas enquêter un enfant de moins de 15 ans.	HH11. Enregistrer l'heure.
	HEURES : MINUTES _ _ : _ _

HH12. Bonjour, je m'appelle (**votre nom**). Nous sommes du **MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE**. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais discuter avec vous de ces sujets. L'enquête prend habituellement environ **90** minutes. A la suite de cela, je pourrais avoir besoin de mener d'autres enquêtes avec vous ou avec d'autres membres de votre ménage. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

OUI, PERMISSION EST DONNEE 1	1 ⇨ LISTE DES MEMBRES DU MENAGE
NON, PERMISSION N'EST PAS DONNEE 2	2 ⇨ HH46

HH46. Résultat de l'enquête du Questionnaire Ménage: Discuter tous les résultats incomplets avec votre chef d'équipe.	REMPLI.....01
	PAS DE MEMBRE DU MENAGE A LA MAISON OU PAS DE REpondant DU MENAGE
	COMPETENT A LA MAISON AU MOMENT DE LA VISITE.....02
	MENAGE ENTIER ABSENT POUR UNE LONGUE PERIODE DE TEMPS.....03
	REFUS.....04
	LOGEMENT VIDE05
	LOGEMENT DETRUIT.....06
	LOGEMENT NON TROUVE..... 07
AUTRE (<i>préciser</i>).....96	

HH47. Nom et numéro de ligne du répondant au Questionnaire Ménage NOM _ _
MEMBRES DU MENAGE
FEMMES DE 15-49 ANS
ENFANTS DE MOINS DE 5ANS
ENFANTS DE 5-17 ANS

A remplir une fois le Questionnaire Ménage complété	
NOMBRE TOTAL	
HH48	_ _
HH49	_ _
HH51	_ _
HH52	_ _

A remplir une fois que tous les questionnaires sont complétés	
NOMBRE COMPLETES	
HH53	_ _
HH55	_ _
HH56	ZERO.....0 UN.....1

QUESTIONNAIRE MENAGE

LISTE DES MEMBRES DU MENAGE HL

COMPLÉTER D'ABORD HL2 ET HL2A POUR TOUS LES MEMBRES DU MENAGE. PUIS CONTINUER AVEC HL3 ET HL4 VERTICALEMENT. UNE FOIS QUE HL2-HL4 SONT COMPLÉTES POUR TOUS LES MEMBRES, DEMANDER S'IL N'Y PAS D'AUTRES MEMBRES COMME CEUX QUI NE SONT PAS ACTUELLEMENT A LA MAISON, DES BEBES OU JEUNES ENFANTS OU MEME D'AUTRES PERSONNES QUI NE SERAIENT PAS DE LA FAMILLE (DOMESTIQUES, AMIS) MAIS QUI VIVENT HABITUELLEMENT DANS LE MENAGE. POSER LES QUESTIONS HL5-HL20 POUR CHAQUE MEMBRE, UN PAR UN. SI UN AUTRE QUESTIONNAIRE EST UTILISE, L'INDIQUER EN COCHANT CETTE BOITE :

HL1	HL2	HL2A	HL3	HL4	HL5	HL6	HL6A	HL6B								
N° de ligne	Tout d'abord, dites-moi SVP le nom de chaque personne qui vit habituellement ici, en commençant par le chef de ménage. <i>Insister pour les membres du ménage supplémentaires.</i>	Numéro de famille de (nom)	Quel est le lien de parenté de (nom) avec (nom du chef de ménage) ?	Est-ce que (nom) de sexe masculin ou féminin ? 1 MASC 2 FEM.	Quelle est la date de naissance de (nom) ? <i>Inscrire le jour, le mois et l'année de naissance</i> Jours NSP : 98 Mois NSP : 98 Année NSP : 9998	Quel âge a (nom) ? <i>Enregistrer en années révolues</i> <i>Si l'âge est égal ou supérieur à 95, inscrivez '95'</i>	(Nom) est-il âgé(e) de 15 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON <input type="checkbox"/> HL10	Quel est l'état matrimonial de (nom) ? 1. Célibataire 2. Marié (e) 3. Divorcé(e) 4. Séparé (e) 5. Veuf (e)								
LIGNE	NOM ET PRENOMS	FAMILLE	PARENTE (*)	M	F	JOUR	MOIS	ANNEE	AGE	0	N	ETAT MATRIMONIAL				
01		_	_0_ 1_	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
02		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
03		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
04		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
05		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
06		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
07		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
08		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
09		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
10		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
11		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
12		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
13		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5
14		_	_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	1	2	1	2	3	4	5

* Codes de HL3 : 01 CHEF DE MENAGE 05 PETIT FILS OU PETITE FILLE 09 BEAU-FRERE/BELLE-SOEUR 13 ENF. ADOPTE /CONFIE /ENF. CONJOINT
 Lien de parenté avec le chef de ménage : 02CONJOINT 06 PERE OU MERE 10 ONCLE/TANTE 14 DOMESTIQUE (VIT DANS LE MENAGE)
 03 FILS/FILLE 07 BEAU PERE OU BELLE MERE 11 NEVEU/NIECE 96 SANS LIEN DE PARENTE)
 04 BEAU-FILS/BELLE-FILLE 08 FRERE OU SOEUR 12 AUTRE PARENT/AUT. LIEN 98 NSP

HL8	HL10	HL11	HL12	HL13	HL14	HL15	HL16	HL17	HL18	HL19	HL20
Entourer le numéro de ligne si c'est une femme de 15-49 ans.	Entourer le numéro de ligne si âge de 0-4 ans	Agé de 0-17 ans ? 1 OUI 2 NON ☺ Ligne suivante	Est-ce que la mère biologique de (nom) est vivante ? 1 OUI 2 NON ☺ HL16 8 NSP ☺ HL16	Est-ce que la mère biologique de (nom) vit dans ce ménage ? 1 OUI 2 NON ☺ HL15	Enregistrer le numéro de la mère et passer à HL16.	Où est-ce que la mère biologique de (nom) habite ? 1 A L'ETRANGER 2 AUTRE MENAGE DANS LA MEME WILAYA 3 AUTRE MENAGE DANS UNE AUTRE WILAYA 4 DANS UNE INSTITUTION 8 NSP	Est-ce que le père biologique de (nom) est vivant ? 1 OUI 2 NON ☺ HL20 8 NSP ☺ HL20	Est-ce que le père biologique de (nom) vit dans ce ménage ? 1 OUI 2 NON ☺ HL19	Enregistrer le numéro du père et passer à HL20.	Où est-ce que le père biologique de (nom) habite ? 1 A L'ETRANGER 2 AUTRE MENAGE DANS LA MEME WILAYA 3 AUTRE MENAGE DANS UNE AUTRE WILAYA 4 DANS UNE INSTITUTION 8 NSP	Copier le numéro de ligne de la mère de HL14. Si blanc, demander Qui est le/la gardien/ne principal/e de (nom)? Si "personne" pour un enfant de 15-17 ans, enregistrer '90'.
F 15-49	0-4	0 N	O N NSP	O N	MERE		O N NSP	O N	PERE		
01	01	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
02	02	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
03	03	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
04	04	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
05	05	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
06	06	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
07	07	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
08	08	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
09	09	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
10	10	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
11	11	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
12	12	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
13	13	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _
14	14	1 2	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	1 2 8	1 2	_ _	1 2 3 4 8	_ _

EDUCATION 1												ED	
ED1	ED2		ED3	ED4	ED5		ED6	ED7	ED8	ED9	ED10.		
N° de ligne	Nom et âge. Copier les noms et âges de tous les membres du ménage à partir de HL2 et HL6, ci-dessous et sur la page suivante de ce module		Agé de 3 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON Ligne suivante	(Nom) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ? 1 OUI 2 NON ED16D	Quel est le plus haut niveau et classe d'école que (nom) a fréquenté ? Quelle est la dernière classe atteinte par (nom) dans ce cycle/niveau ? CYCLE/NIVEAU : 0 ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE ED7 1 PRIMAIRE 2 MOYEN 3 SECONDAIRE 4 SUPERIEUR 8 NSP		CLASSE ATTEINTE 98 NSP ED7	Est-ce que (nom) a terminé cette classe ? 1 OUI 2 NON 8 NSP	Agé de 3-24 ans ? 1 OUI 2 NON Ligne suivante	Vérifier ED4 : a déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ? 1 OUI 2 NON ED16D	A n'importe quel moment de l'année scolaire actuelle (2018-2019) est-ce que (nom) a fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ? 1 OUI 2 NON ED15	Durant l'année scolaire actuelle 2018-2019, quels sont le cycle/niveau et classe que (nom) fréquente ou a fréquenté ? CYCLE/NIVEAU : 0 MATERNELLE /PRESCOLAIRE /ECOLE CORANIQUE ED15 1 PRIMAIRE 2 MOYEN 3 SECONDAIRE 4 SUPERIEUR 8 NSP CLASSE ACTUELLE : 98 NSP	
LIGNE	NOM	AGE	O N	O N	CYCLE/NIVEAU	CLASSE	O N NSP	O N	O N	O N	NIVEAU	CLASSE	
01			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
02			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
03			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
04			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
05			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
06			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
07			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
08			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
09			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
10			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
11			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
12			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
13			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		
14			1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		1 2 8	1 2	1 2	1 2	0 1 2 3 4 8		

ACTIVITE ECONOMIQUE 1							AE
AE1	AE2		AE3	AE4	AE5	AE6	AE7
N° de ligne	Nom et âge. <i>Copier les noms et âges de tous les membres du ménage à partir de HL2 et HL6, ci-dessous et sur la page suivante de ce module</i>		Agé de 15 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON ☺ <i>Ligne suivante</i>	Quelle est la situation individuelle de (nom) durant les trente (30) derniers jours précédant la date de l'interview? 1- OCCUPE 2- ETUDIANT/ECOLIER / FORMATION PROFESSIONNELLE ☺ AE9 3. CHERCHE DU TRAVAIL ☺ AE10 4-A PRIS SA RETRAITE ☺ AE12 5- AUTRE INACTIF ☺ AE11	Quelle est sa situation de (nom) dans la profession ? 1-SALARIE 2-NON SALARIE ☺ AE7	Est e que (nom) travaille dans le secteur public ou privé ? 1. PUBLIC ☺ AE8 2. PRIVE	(Nom) Est – il/elle affilié(e) à une caisse d'assurance sociale ? CNAS CASNOS CAMSSP 1 OUI 2 NON 8 NSP
LIGNE	NOM	AGE	O N	SITUATION INDIVIDUELLE	SITUATION PROFESSION	SECTEUR JURIDIQUE	O N NSP
01		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
02		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
03		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
04		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
05		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
06		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
07		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
08		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
09		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
10		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
11		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
12		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
13		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
14		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8

ACTIVITE ECONOMIQUE 1							AE
AE1	AE2		AE3	AE4	AE5	AE6	AE7
N° de ligne	Nom et âge. <i>Copier les noms et âges de tous les membres du ménage à partir de HL2 et HL6, ci-dessous et sur la page suivante de ce module</i>		Agé de 15 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON ☺ <i>Ligne suivante</i>	Quelle est la situation individuelle de (nom) durant les trente (30) derniers jours précédant la date de l'interview? 1- OCCUPE 2- ETUDIANT/ECOLIER / FORMATION PROFESSIONNELLE ☺ 3. CHERCHE DU TRAVAIL ☺ 4-A PRIS SA RETRAITE ☺ 5- AUTRE INACTIF ☺	Quelle est sa situation de (nom) dans la profession ? 1-SALARIE 2-NON SALARIE ☺ AE7	Est e que (nom) travaille dans le secteur public ou privé ? 1. PUBLIC ☺ AE8 2. PRIVE	(Nom) Est – il/elle affilié(e) à une caisse d'assurance sociale ? CNAS CASNOS CAMSSP 1 OUI 2 NON 8 NSP
LIGNE	NOM	AGE	O N	SITUATION INDIVIDUELLE	SITUATION PROFESSION	SECTEUR JURIDIQUE	O N NSP
01		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
02		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
03		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
04		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
05		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
06		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
07		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
08		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
09		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
10		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
11		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
12		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
13		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8
14		_ _	1 2	1 2 3 4 5	1 2	1 2	1 2 8

ACTIVITE ECONOMIQUE 2				AE
AE8	AE9	AE10	AE11	AE12
Est-ce que l'emploi actuel de (nom) rentre dans le cadre d'une aide étatique ? 0-NON 1-DAIP (ANEM) 2-DAIS (ADS) 3-ANSEJ 4-CNAC 5-ANGEM 8. NSP (0, 1, 2, 3, 4, 5 ou 8) ∅ AE12	Est-ce que (nom) est boursier ? 1 OUI ∅ AE12 2 NON ∅ AE12 8 NSP ∅ AE12	Est-ce que (nom) s'est inscrit à l'ANEM 1 OUI ∅ AE12 2 NON ∅ AE12 8 NSP ∅ AE12	Est-ce que (nom) bénéficie d'une aide étatique ? 1 OUI 2 NON 8 8 NSP	Est-ce que (nom) a une carte chiffa ? 1- OUI INDIVIDUELLE 2- OUI AYANT DROIT 3- NON 8-NSP
AIDE ETATIQUE	ETUDIANT/ECOLIER / FORMATION PROFESSIONNELLE	PERSONNE A LA RECHERCHE D'UN EMPLOI	PERSONNE INACTIVES	CARTE CHIFFA
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8
0 1 2 3 4 5 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 3 8

MALADIES CHRONIQUES (PERSONNES AGEES DE 15 ANS ET PLUS)						MC
MC1	MC2		MC3	MC4	MC5	MC6
N° de ligne	Nom et âge. Copier les noms et âges de <u>tous</u> les membres du ménage à partir de HL2 et HL6, ci-dessous <u>et</u> sur la page suivante de ce module		Agé de 15 ans ou plus ? 1 OUI 2 NON ☺ Ligne suivante	Est-ce que (nom) souffre d'une maladie chronique ? 1. OUI 2. NON ☺ Ligne suivante 8. NSP ☺ Ligne suivante	De quelle maladie souffre-t-il(elle) ? 01. HYPERTENSION ARTERIELLE 02. DIABETE SUCRE 03. MALADIE CARDIOVASCULAIRE 04. MALADIES RESPIRATOIRES 05. MALADIE ARTICULAIRES 06. CANCER (TOUT TYPE) 07. TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES 08. INSUFFISANCE RENALE 09. MALADIES HEREDITAIRES (HEMOPHILIE, THALASSEMIE, CŒLIAQUE...) 96. AUTRE (<i>préciser</i>) _____	Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ? 1. OUI 2. NON ☺ MC8 8. NSP ☺ MC8
LIGNE	NOM	AGE	O N	O N NSP	1èreMALADIE	O N NSP
01		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
02		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
03		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
04		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
05		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
06		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
07		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
08		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
09		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
10		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
11		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
12		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
13		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8
14		_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8

MC7	MC8	MC9	MC10	MC11	MC12	MC13
Quel âge avait (<i>nom</i>) lorsque cette maladie a été diagnostiquée par le médecin ?	Est-ce que (<i>nom</i>) suit un traitement pour cette maladie 1. OUI 2. NON	Est-ce que (<i>nom</i>) souffre d'une seconde maladie chronique ? 1. OUI 2. NON ☹ MC13 8. NSP ☹ MC13	De quelle maladie souffre-t-il(elle) ? 01. HYPERTENSION ARTERIELLE 2. DIABETE SUCRE 03. MALADIE CARDIOVASCULAIRE 04. MALADIES RESPIRATOIRES 05. MALADIE ARTICULAIRES 06. CANCER (TOUT TYPE) 07. TROUBLES NEUROPSYCHIATRIQUES 08. INSUFFISANCE RENALE 09. MALADIES HEREDITAIRES (HEMOPHILIE, THALASSEMIE, CCELIAQUE...) 96. AUTRE (<i>préciser</i>) _____	Cette maladie a-t-elle été diagnostiquée par un médecin 1. OUI 2. NON 8. NSP	Est-ce que (<i>nom</i>) suit un traitement pour cette maladie 1. OUI 2. NON	Est-ce que (<i>nom</i>) dispose d'une carte Chiffa pour maladie chronique ? 1. OUI 2. NON 8. NSP
AGE	O N	O N NSP	2 ^{ème} MALADIE	O N NSP	O N	O N NSP
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8
_ _	1 2	1 2 8	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 _____	1 2 8	1 2	1 2 8

MORTALITE GENERALE		MG																
MG1. Durant les 5 dernières années c'est-à-dire depuis janvier 2013, y a-t-il eu un membre de ce ménage qui est décédé ?		OUI.....1 NON.....2				2 ⇒ Fin												
MG2. Combien de membres sont décédés depuis janvier 2013 ?		NOMBRE DE DECEDES..... _ _																
<i>Inscrire le nom de toute personne décédée durant les 5 dernières années dans MG4, ensuite poser les questions MG5 à MG10 pour toutes les personnes citées</i>																		
MG3	MG4	MG5	MG6		MG7			MG8			MG9				MG10			
N° de d'ordre	Pouvez-vous me donner le(s) nom(s) et prénoms du (des) membres (voir MG2) qui est (sont) décédé(s)	Quel est le lien de parenté de (nom) avec le chef de ménage (actuel)	(Nom) est de sexe masculin ou féminin ? MASCULIN FEMININ		Quelle est la date de naissance de (nom) ? <i>Inscrire le jour, mois et année de la naissance</i> Jours NSP : 98 Mois NSP : 98 Année NSP : 9998			Quelle est la date de décès de (nom) <i>Inscrire le jour, le mois et l'année du décès</i> Jours NSP : 98 Mois NSP : 98			Ou (nom) est-il/elle décédé ? 1. MILIEU HOSPITALIER 2. DOMICILE 6. AUTRES				Le décès de (nom) a-t-il été enregistré à l'état civil ? 1. OUI DANS LES DELAIS 2. OUI PAR JUGEMENT 3. NON 8. NSP			
ORDRE	NOM ET PRENOM	LIEN DE PARENTE	M	F	JOUR	MOIS	ANNEE	JOUR	MOIS	ANNEE	LIEU DE DECES			OD	OJ	N	NSP	
01		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
02		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
03		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
04		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
05		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
06		_ _	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	6	1	2	3	8	
* Codes de MG5: Lien de parenté avec le chef de ménage :		02 CONJOINT 03 FILS/FILLE 04 BEAU-FILS/BELLE-FILLE	05 PETIT FILS OU PETITE FILLE 06 PERE OU MERE 07 BEAU PERE OU BELLE MERE 08 FRERE OU SOEUR		09 BEAU-FRERE/BELLE-SOEUR 10 ONCLE/TANTE 11 NEVEU/NIECE 12 AUTRE PARENT/AUTRE LIEN			13 ENFANT ADOPTE /CONFIE /ENFANT DU CONJOINT 14 DOMESTIQUE (VIT DANS LE MENAGE) 96 AUTRE (PAS DE RELATION) 99.NSP										

CARACTERISTIQUES DU MENAGE		HC
HC0A : Quelle est la date d'achèvement de ce logement ?	AVANT AVRIL 2008.....1 AVRIL 2008 OU PLUS TARD.....2	
HC0B . En tout, y compris le votre, combien de ménages vivent dans ce logement ?	NOMBRE DE MENAGES __ __	
HC1C . Type de logement occupé par le ménage. Enregistrer l'observation	MAISON INDIVIDUELLE/VILLA1	
	APPARTEMENT(IMMEUBLE).....2	
	MAISON TRADITIONNELLE.....3	
	HABITAT PRECAIRE.....4	
	AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 6	
HC1D . De combien de pièces est constitué votre logement (hormis les sanitaires et la cuisine)?	NOMBRE DE PIECES..... __ __	
HC3 . Parmi ces pièces, combien sont utilisées pour dormir par votre ménage habituellement?	NOMBRE DE PIECES..... __ __	
HC4 . <i>Matériau principal du sol</i> <i>Enregistrer l'observation.</i> <i>Si l'observation n'est pas possible, demander au répondant de vous dire quel est le matériau principal du sol</i>	SOL NATUREL TERRE BATTUE/SABLE 11 PLANCHER FINI BOIS CIRE/PARQUET 31 VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE..... 33 CIMENT..... 34 MOQUETTE... 35 DALLE DE SOL 36 GERFLEX..... 37 MARBRE..... 38 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96	
HC5 . <i>Matériau principal du toit.</i> <i>Enregistrer l'observation.</i>	MATERIAU NATUREL CHAUME / FEUILLE DE PALMIER12 TOIT RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS.....23 TOIT FINI ZINC/ETERNIT (FIBRE DE CIMENT)33 TUILES.....34 CIMENT/BETON ARME35 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96	
HC6 . <i>Matériau principal des murs extérieurs.</i>	MURS NATURELS MOTTE DE TERRE 13 TOUB OU TERRE SECHEE 14	

<p><i>Enregistrer l'observation.</i></p>	<p>MURS RUDIMENTAIRE ROSEAUX AVEC BOUE 21 PIERRE AVEC BOUE 22</p> <p>MURS FINIS CIMENT..... 31 PIERRE AVEC CHAUX / CIMENT 32 BRIQUES 33 PARPAING..... 34 PLANCHES DE BOIS..... 36 MUR EN BETON 37</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>																									
<p>HC7. Est-ce qu'il y a dans ce ménage :</p> <p>[A] Une ligne de téléphone fixe ?</p> <p>[B] Une radio ?</p> <p>[C] Salon (ameublement) ?</p> <p>[D] Salle à manger (ameublement) ?</p> <p>[E] Bibliothèque (ameublement) ?</p> <p>[F] Chauffe eau/Chauffe bain (à gaz) ?</p> <p>[G] Chauffage (gaz) ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIGNE DE TELEPHONE FIXE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UN SALON</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UNE SALLE A MANGER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UNE BIBLIOTHEQUE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UN CHAUFFE EAU/CHAUFFE BAIN ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>UN CHAUFFAGE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	LIGNE DE TELEPHONE FIXE	1	2	RADIO.....	1	2	UN SALON	1	2	UNE SALLE A MANGER.....	1	2	UNE BIBLIOTHEQUE	1	2	UN CHAUFFE EAU/CHAUFFE BAIN ...	1	2	UN CHAUFFAGE	1	2	
	OUI	NON																								
LIGNE DE TELEPHONE FIXE	1	2																								
RADIO.....	1	2																								
UN SALON	1	2																								
UNE SALLE A MANGER.....	1	2																								
UNE BIBLIOTHEQUE	1	2																								
UN CHAUFFE EAU/CHAUFFE BAIN ...	1	2																								
UN CHAUFFAGE	1	2																								
<p>HC8. Avez-vous l'électricité dans votre ménage ?</p>	<p>OUI, CONNECTE AU SYSTEME GENERAL 1</p> <p>OUI, EN DEHORS DU SYSTEME (GENERATEUR/SYSTEME ISOLE) 2</p> <p>NON..... 3</p>	<p>3 ⇒ HC10</p>																								
<p>HC8A Avez-vous un compteur électrique ?</p>	<p>OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UN MEMBRE DU MENAGE 1</p> <p>OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UNE PERSONNE NON MEMBRE DU MENAGE..... 2</p> <p>OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UNE ENTREPRISE OU ADMINISTRATION 3</p> <p>OUI PARTAGE PAR PLUSIEURS MENAGES..... 4</p> <p>NON 5</p>																									
<p>HC9. Est-ce que votre ménage possède ?:</p> <p>[A] Une télévision ?</p> <p>[B] Un réfrigérateur ?</p> <p>[C] Congélateur ?</p> <p>[D] Machine à laver le linge ?</p> <p>[E] Machine à laver la vaisselle ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>TELEVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CONGELATEUR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MACHINE A LAVER LE LINGE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MACHINE A LAVER LA VAISSELLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CLIMATISEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	TELEVISION	1	2	REFRIGERATEUR.....	1	2	CONGELATEUR.....	1	2	MACHINE A LAVER LE LINGE.....	1	2	MACHINE A LAVER LA VAISSELLE.....	1	2	CLIMATISEUR	1	2				
	OUI	NON																								
TELEVISION	1	2																								
REFRIGERATEUR.....	1	2																								
CONGELATEUR.....	1	2																								
MACHINE A LAVER LE LINGE.....	1	2																								
MACHINE A LAVER LA VAISSELLE.....	1	2																								
CLIMATISEUR	1	2																								

[F] Climatiseur ?	ASPIRATEUR	1	2	
[G] Aspirateur ?	UN RECEPTEUR SATELLITE	1	2	
[H] Récepteur satellite avec internet (démo)?	MICRO-ONDES	1	2	
[I] Micro-ondes ?	SECHE-CHEVEUX	1	2	
[J] Sèche-cheveux ?	FER A REPASSER	1	2	
[K] Fer à repasser ?	MIXEUR	1	2	
[L] Un mixeur ?	IMPRIMANTE	1	2	
[M] Imprimante ?	SUPPRESSEUR	1	2	
[N] Suppresseur ?	INTERPHONE	1	2	
[O] Interphone ?	BAIN D'HUILE	1	2	
[P] Bain d'huile ?	CUMULUS ELECTRIQUE.....	1	2	
[Q] Cumulus électrique ?				
HC10. Est-ce qu'un membre de votre ménage possède		OUI	NON	
[A] Une montre ?	MONTRE.....	1	2	
[B] Une bicyclette ?	BICYCLETTE	1	2	
[C] Une mobylette ou un scooter ?	MOBYLETTE / SCOOTER	1	2	
[D] Une charrette tirée par un animal ?	CHARRETTE AVEC UN ANIMAL.....	1	2	
[E] Une voiture, un camion ou une camionnette ?	VOITURE / CAMION / CAMIONNETTE.....	1	2	
[F] Un bateau à moteur ?	BATEAU À MOTEUR	1	2	
HC11. Est-ce qu'un membre de votre ménage a un ordinateur de bureau ou portable?	OUI	1		
	NON.....		2	
HC11A. Est-ce qu'un membre de votre ménage a une tablette tactile ?	OUI	1		
	NON.....		2	
HC12. Est-ce qu'un membre de votre ménage a un téléphone mobile ?	OUI	1		
	NON.....		2	
HC12A. Est-ce qu'un membre de votre ménage a un Smartphone (mobile tactile/digital) ?	OUI	1		
	NON.....		2	
HC13. Est-ce que votre ménage a accès à Internet à la maison ?	OUI	1		
	NON.....		2	2 ⇒HC13B
HC13A : Est-ce que cette connexion est principalement de type : Ligne ADSL, Modem 4G, Fibre optique (FTTX) ou Satellite ?	LIGNE ADSL	1		
	MODEM 4G	2		
	FIBRE OPTIQUE (FTTX)	3		
	SATELLITE	4		
HC13B : Vérifier HC11A et HC12A Si HC11A ET OU HC12A= 1 → continuer avec HC13C sinon ⇒HC14				
HC13C. Est-ce qu'un membre de votre ménage a accès à l'internet mobile (3G/4G) sur son téléphone / sa tablette ?	OUI	1		
	NON.....		2	

<p>HC14. Est-ce que vous ou un autre membre de votre ménage est propriétaire de ce logement ? Si "Non", demander : Louez-vous ce logement de quelqu'un d'autre qui ne vit pas dans ce ménage ? Si 'Loué de quelqu'un d'autre' enregistrer '3' si public ou '4' si privé. Si logé gratuitement enregistrer '5'. Pour autres réponses, enregistrer '6' et préciser.</p>	<p>PROPRIETAIRE/COPROPRIETAIRE 1 LOCATAIRE PUBLIC..... 3 LOCATAIRE PRIVÉ..... 4 LOGE GRATUITEMENT 5 AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	<p>4 ⇒ HC14B 5 ⇒ HC14B 6 ⇒ HC14B</p>
<p>HC14A Avez-vous ou un membre de votre ménage bénéficié d'une aide de l'état pour disposer de ce logement ? <i>Si Oui laquelle ?</i></p>	<p>LOGEMENTS PUBLICS LOCATIFS 01 LOGEMENTS SOCIAUX PARTICIPATIFS 02 LOGEMENTS CEDES DANS LE CADRE DE LA LOCATION-VENTE..... 03 LOGEMENT PUBLIC PROMOTIONNEL (LPP) 04 AIDES DE L'ETAT ATTRIBUEES POUR L'ACHATOU LA CONSTRUCTION D'UN LOGEMENT 05 TERRAINS A CARACTERE SOCIAL..... 06 NON 07</p>	
<p>HC14B. Avez-vous ou un membre de votre ménage un terrain à bâtir ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>2 ⇒ HC14F</p>
<p>HC14C. Etes-vous ou un membre de votre ménage en train de construire un logement ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>2 ⇒ HC14E</p>
<p>HC14 D. Bénéficiez-vous ou un membre de votre ménage d'une aide de l'état pour la construction de ce logement ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>1 ⇒ HC15</p>
<p>HC14 E. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage a déposé une demande auprès des services spécialisés de l'Etat pour bénéficier d'une aide pour la construction d'un logement ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	
<p>HC14F. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage a déposé une demande auprès des services spécialisés de l'Etat pour bénéficier d'un logement ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	
<p>HC15. Est-ce qu'un membre de votre ménage a de la terre (terrain agricole) qui peut être utilisée pour l'agriculture ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2</p>	<p>2 ⇒ HC17</p>
<p>HC16. Combien d'hectares de terres agricoles les membres de votre ménage possèdent-ils ?</p>	<p>HECTARES..... __ __ 95 OU PLUS.....95 NSP.....98</p>	

<i>Si moins d'un hectare, enregistrer '00'.</i>		
HC17. Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI.....1 NON.....2	2 ⇒ HC19
HC18. Combien d'animaux suivants votre ménage possède-t-il ? [A] Vaches, vaches laitières ou taureaux ? [C] Chevaux, ânes ou mules ? [D] Chèvres ? [E] Moutons ? [F] Poulets ? [H] Lapins ? [I] Chameaux/dromadaires ? <i>Si Non, enregistrer '00'. Si 95 ou plus, enregistrer '95'. Si inconnu, enregistrer '98'.</i>	VACHES LAITIÈRES OU TAUREAUX..... _ _ CHEVAUX, ANES, MULES..... _ _ CHEVRES..... _ _ MOUTONS..... _ _ POULETS..... _ _ LAPINS _ _ CHAMEAUX/DROMADAIRES..... _ _	
HC19. Est-ce qu'un membre de ce ménage a un compte courant postal (CCP) et ou un compte en Banque/CNEP ?	OUI.....1 NON.....2	

TRANSFERTS SOCIAUX ST

ST1. Je voudrais vous poser des questions sur divers programmes d'aide économique extérieure fournis aux ménages. Par aide extérieure, je veux dire un soutien qui vient du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales telles que les associations caritatives ou communautaires. Cela exclut le soutien de la famille, d'autres parents d'amis ou de voisins.

	[A] PROGRAMME ALLOCATION FORFAITAIRE DE SOLIDARITE AFS	[B] PROGRAMME ALLOCATION POUR HANDICAP	[C] PROGRAMME ACTION SOCIALE AU PROFIT DES ENFANTS SCOLARISES(BOURSES, MANUELS SCOLAIRES, FOURNITURES, LUNETTES, CANTINES, TRANSPORT)	[D] PROGRAMME PRIME DE SCOLARITE (3000 DA)	[E] PROGRAMME FONDS DE LA ZAKAT	[X] TOUT AUTRE PROGRAMME DE SUPPORT EXTERIEUR
ST2. Êtes-vous au courant du (<i>Nom du programme</i>)?	OUI.....1 NON.....2 ☺ [B]	OUI.....1 NON.....2 ☺ [C]	OUI.....1 NON.....2 ☺ [D]	OUI.....1 NON.....2 ☺ [E]	OUI.....1 NON.....2 ☺ [X]	OUI.....1 NON.....2 ☺ <i>Fin</i>
ST3. Est-ce que votre ménage ou n'importe quel membre de votre ménage a reçu un soutien/ une aide à travers (<i>nom du programme</i>)?	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 [B] [B]	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 [C] [C]	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 [D] [D]	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 [E] [E]	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 [X] [X]	OUI.....1 ☺ NON.....2 ☺ NSP.....8 ☺ ST4 <i>Fin</i> <i>Fin</i>
ST4. Il y a combien de temps que vous ou quelqu'un de votre ménage avez/a reçu le soutien/l'aide de (<i>nom du programme</i>)? <i>Si moins d'1 mois, entourer '1' et enregistrer '00' dans mois. Si moins de 12 mois, entourer '1' et enregistrer en mois. Si 1 an/12 mois ou plus, entourer '2' et enregistrer en années.</i>	MOIS1 __ __ ☺ [B] ANNEES...2 __ __ ☺ [B] NSP.....9 _9 _8 ☺ [B]	MOIS1 __ __ ☺ [C] ANNEES...2 __ __ ☺ [C] NSP.....9 _9 _8 ☺ [C]	MOIS1 __ __ ☺ [D] ANNEES.....2 __ __ ☺ [D] NSP.....9 _9 _8 ☺ [D]	MOIS1 __ __ ☺ [E] ANNEES...2 __ __ ☺ [E] NSP.....9 _9 _8 ☺ [E]	MOIS1 __ __ ☺ [X] ANNEES...2 __ __ ☺ [X] NSP.....9 _9 _8 ☺ [X]	MOIS1 __ __ ☺ <i>Fin</i> ANNEES.....2 __ __ ☺ <i>Fin</i> NSP.....9 _9 _8 ☺ <i>Fin</i>

UTILISATION D'ENERGIE PAR LE MENAGE		EU
EU1. Dans votre ménage, quel type de cuisinière utilisez-vous <u>principalement</u> pour faire la <u>cuisine</u> ?	CUISINIERE ELECTRIQUE 01	01 ⇒EU5
	CUISINIERE A GAZ BUTANE 03	03 ⇒EU5
	CUISINIERE A GAZ NATUREL 04	04 ⇒EU5
	CUISINIERE A COMBUSTIBLE LIQUIDE 06	06 ⇒EU4
	CUISINIERE A COMBUSTIBLE SOLIDE 07	
	CUISINIERE TRADITIONNELLE A COMBUSTIBLE SOLIDE 08	
	FEU SUR TROIS PIERRES / FEU OUVERT/TABOUNA 09	
	AUTRE (<i>préciser</i>) 96	09 ⇒EU4
PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS MENAGE 97	96 ⇒EU4 97 ⇒EU6	
EU2. Cette cuisinière a-t-elle une cheminée ?	OUI 1	
	NON 2	
	NSP 8	
EU3. Cette cuisinière a-t-elle un ventilateur ?	OUI 1	
	NON 2	
	NSP 8	
EU4. Quel type de carburant ou énergie est utilisé dans cette cuisinière ? <i>Si plus d'un, enregistrer la source principale d'énergie de cette cuisinière.</i>	ALCOOL / ETHANOL 01	
	ESSENCE / MAZOUT 02	
	PETROLE / PARAFFINE 03	
	CHARBON / LIGNITE 04	
	CHARBON DE BOIS 05	
	BOIS 06	
	AUTRE (<i>préciser</i>) 96	
EU5. Est-ce que vous cuisinez habituellement dans la maison, dans une autre construction séparée, ou à l'extérieur ? <i>Si dans la maison principale, insister pour Déterminer si la cuisine est faite dans une pièce séparée.</i> <i>Si à l'extérieur, insister pour déterminer si la cuisine est faite sur une véranda, un porche couvert ou à l'air libre.</i>	DANS LA MAISON PRINCIPALE	
	DANS UNE PIECE NON SEPARÉE 01	
	DANS UNE PIECE SEPARÉE 02	
	DANS UNE AUTRE CONSTRUCTION 03	
	DEHORS	
	A L'AIR LIBRE 04	
	SUR UNE VERANDA OU UN PORCHE COUVERT 05	
	COUR INTERIEURE 06	
	AUTRE	
	GARAGE 07	
CAVE 08		
AUTRE (<i>préciser</i>) 96		

EU6. Qu'est-ce que votre ménage utilise <u>principalement</u> pour <u>chauffer</u> la maison quand c'est nécessaire ?	CHAUFFAGE CENTRAL	01	01⇒EU8
	CHAUFFAGE MANUFACTURE	02	
	CHAUFFAGE TRADITIONNEL	03	
	CUISINIÈRE	04	
	TABOUNA	05	
	FEU SUR TROIS PIERRES / FEU OUVERT	06	06⇒EU8
	AUTRE (<i>PRECISER</i>)	96	96⇒EU8
	PAS DE CHAUFFAGE DANS LA MAISON	97	97⇒EU9
EU7. Votre chauffage a-t-il une cheminée ?	OUI	1	
	NON	2	
	NSP	8	
EU8. Quel type de combustible ou de source d'énergie est utilisé pour ce chauffage ? <i>Si plus d'un, enregistrer la source d'énergie principale</i>	ELECTRICITE	02	
	GAZ NATUREL	03	
	GAZ BUTANE/GAZ DE PETROLE LIQUEFIE (GPL) GAZ DE CUISSON	04	
	ALCOOL / ETHANOL	06	
	ESSENCE / MAZOUT	07	
	PETROLE / PARAFFINE	08	
	CHARBON / LIGNITE	09	
	CHARBON DE BOIS	10	
	BOIS	11	
	AUTRE (PRECISER)	96	

EU9. Qu'est-ce que votre ménage utilise <u>principalement</u> pour <u>éclairer</u> le logement ?	ELECTRICITE	01	
	LAMPE SOLAIRE	02	
	BOUGIE	13	
	GROUPE ELECTROGENE	14	
	AUTRE (PRECISER)	..96	
	PAS D'ECLAIRAGE DANS LE MENAGE	97	

EAU ET ASSAINISSEMENT		WS
WS0A. Votre logement est-il branché au réseau d'eau potable ?	OUI, AU RÉSEAU PUBLIC (AEP)..... 1	2 ⇨WS1
	OUI, A UNE SOURCE 2	3 ⇨WS1
	OUI, A UN PUIT..... 3	4 ⇨WS1
	OUI, A UN OUED..... 4	6 ⇨WS1
	AUTRE (préciser) 6	7 ⇨WS1
	NON RATTACHÉ..... 7	
WS0B : Avez-vous un compteur d'eau ?	OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UN MEMBRE DU MENAGE 1	
	OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UNE PERSONNE NON MEMBRE DU MENAGE..... 2	
	OUI INDIVIDUEL AU NOM D'UNE ENTREPRISE OU ADMINISTRATION..... 3	
	OUI PARTAGE PAR PLUSIEURS MENAGES 4	
	NON 5	
	NSP..... 8	

<p>WS1. Quelle est la source principale d'eau que boivent les membres de votre ménage ?</p> <p><i>Si pas clair, insister pour identifier le lieu d'où les membres de ce ménage collectent le plus souvent leur eau de boisson (point de collecte).</i></p>	<p>ROBINET</p> <p>DANS LE LOGEMENT 11</p> <p>..... DANS LA COUR/JARDIN/PARCELLE 12</p> <p>..... CHEZ LE VOISIN 13</p> <p>.....ROBINET PUBLIC/FONTAINE PUBLIQUE 14</p> <p>PUITS A POMPE/FORAGE 21</p> <p>PUITS CREUSE</p> <p>..... PROTEGE 31</p> <p>.....NON PROTEGE 32</p> <p>EAU DE SOURCE</p> <p>..... PROTEGEE 41</p> <p>.....NON PROTEGEE 42</p> <p>EAU DE PLUIE 51</p> <p>CAMION CITERNE 61</p> <p>EAU DE SURFACE (OUED, LAC, BARRAGE, ...).. 81</p> <p>EAU CONDITIONNEE</p> <p>..... EAU EN BOUTEILLE 91</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>11 ⇒ WS7</p> <p>12 ⇒ WS7</p> <p>13 ⇒ WS3</p> <p>14 ⇒ WS3</p> <p>21 ⇒ WS3</p> <p>31 ⇒ WS3</p> <p>32 ⇒ WS3</p> <p>41 ⇒ WS3</p> <p>42 ⇒ WS3</p> <p>51 ⇒ WS3</p> <p>61 ⇒ WS4</p> <p>81 ⇒ WS3</p> <p>96 ⇒ WS3</p>
---	---	---

<p>WS2. Quelle est la source principale d'eau utilisée par les membres de ce ménage pour d'autres besoins comme cuisiner ou se laver les mains ?</p> <p><i>Si pas clair, insister pour identifier le lieu où les membres du ménage collectent le plus souvent l'eau pour leurs autres besoins.</i></p>	<p>ROBINET</p> <p>..... DANS LE LOGEMENT11</p> <p>..... DANS LA COUR/JARDIN/PARCELLE12</p> <p>..... CHEZ LE VOISIN13</p> <p>.....ROBINET PUBLIC/ FONTAINE PUBLIQUE14</p> <p>PUITS A POMPE/FORAGE 21</p> <p>PUITS CREUSE</p> <p>..... PROTEGE31</p> <p>.....NON PROTEGE32</p> <p>EAU DE SOURCE</p> <p>..... PROTEGEE41</p> <p>.....NON PROTEGEE42</p> <p>EAU DE PLUIE 51</p> <p>CAMION CITERNE 61</p> <p>EAU DE SURFACE (OUED, LAC, BARRAGE, ...).. 81</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>11 ⇒WS7</p> <p>12 ⇒WS7</p> <p>61 ⇒WS4</p>
<p>WS3. Où se trouve la source d'approvisionnement en eau ?</p>	<p>DANS VOTRE LOGEMENT 1</p> <p>DANS VOTRE COUR/JARDIN/PARCELLE 2</p> <p>AILLEURS 3</p>	<p>1 ⇒WS7</p> <p>2 ⇒WS7</p>
<p>WS4. Combien de temps faut-il aux membres de votre ménage pour aller à la source de l'eau, remplir l'eau et revenir ?</p>	<p>MEMBRES NE COLLECTENT PAS D'EAU 000</p> <p>NOMBRE DE MINUTES _ _ _ </p> <p>NSP 998</p>	<p>000 ⇒WS7</p>

<p>WS5. Qui va habituellement à la source pour collecter de l'eau pour votre ménage ? <i>Enregistrer le nom de la personne et copier le numéro de ligne de cette personne de la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE.</i></p>	<p>NOM _____</p> <p>NUMERO DE LIGNE __ __ </p>	
<p>WS6. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, combien de fois (<i>nom</i>) est-il/elle allé(e) collecter de l'eau ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS __ __ </p> <p>NSP 98</p>	
<p>WS7. Durant le mois dernier, y a-t-il eu des moments où votre ménage n'a pas eu la quantité nécessaire d'eau à boire ?</p>	<p>OUI, AU MOINS UNE FOIS 1</p> <p>NON, TOUJOURS SUFFISANT 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ WS9</p> <p>8 ⇒ WS9</p>
<p>WS8. Pour quelle raison principale, n'avez-vous pas pu accéder à une quantité suffisante d'eau quand vous en avez eu besoin ?</p>	<p>EAU NON DISPONIBLE A LA SOURCE 1</p> <p>EAU TROP CHERE 2</p> <p>SOURCE PAS ACCESSIBLE 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	
<p>WS9. Faites-vous, ou n'importe quel autre membre de votre ménage, quelque chose à l'eau pour la rendre plus saine à boire ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ WS11</p> <p>8 ⇒ WS11</p>
<p>WS10. Que faites-vous habituellement à l'eau pour la rendre plus saine à boire ?</p> <p><i>Insister :</i> Quelque chose d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer toutes les méthodes mentionnées.</i></p>	<p>LA FAIRE BOUILLIR A</p> <p>AJOUTER DE LA JAVEL/CHLORE B</p> <p>LA FILTRER A TRAVERS UN TISSU C</p> <p>UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE, SABLE, COMPOSITE, ETC.) D</p> <p>DESINFECTION SOLAIRE E</p> <p>LA LAISSER REPOSER (DECANTER) F</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X</p> <p>NSP Z</p>	

<p>WS10A : Quel type de réservoir utilisez-vous pour stocker/ garder l'eau ?</p> <p><i>Enregistrer tous les types de réservoirs utilisés par le ménage.</i></p>	<p>BACHE D'EAU A CITERNE GALVANISEE B CITERNE EN PLASTIQUE C FÛT POUR EAU EN PLASTIQUE D JERRYCANS POUR EAU EN PLASTIQUE E JERRYCANS, BIDONS, FUTS,... AYANT CONTENU DES PRODUITS CHIMIQUES/TOXIQUES F AUTRES (<i>préciser</i>) X NSP Z</p>	
<p>WS11. Quel type de toilettes les membres de ce ménage utilisent-ils habituellement ?</p> <p><i>Si "chasse d'eau" ou "chasse d'eau manuelle", demander-insister :</i></p> <p>Où vont les eaux usées?</p> <p><i>Si pas possible de déterminer, demander la Permission de voir les toilettes.</i></p>	<p>CHASSE D'EAU</p> <p>RELIEE A SYSTEME D'EGOUTS 11 RELIEE A FOSSE SEPTIQUE 12 RELIEE AUX LATRINES..... 13 RELIEE AL'AIR LIBRE..... 14 RELIEE A UN OUED 15 RELIEE A AUTRE CHOSE 16 RELIEE A LIEU INCONNU..... 18</p> <p>LATRINE A FOSSE</p> <p>LATRINE A FOSSE AMELIOREE</p> <p>VENTILEE..... 21 LATRINE A FOSSE AVEC DALLE 22 LATRINE A FOSSE SANS DALLE/ FOSSE OUVERTE 23</p> <p>TOILETTE A COMPOSTAGE 31</p> <p>SEAU 41</p> <p>TOILETTES SUSPENDUES / LATRINES SUSPENDUES 51</p> <p>PAS DE TOILETTES /NATURE/PLEIN AIR 95</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>11 ⇒WS14 14 ⇒WS14 15 ⇒WS14 16 ⇒WS14 18 ⇒WS14 41 ⇒WS14 51 ⇒WS14 95 ⇒Fin 96 ⇒WS14</p>

<p>WS12. Est-ce vos (<i>réponse de WS11</i>) ont déjà été vidées ?</p>	<p>OUI, VIDEES DANS LES 5 DERNIERES ANNEES..... 1 IL Y A PLUS DE 5 ANS..... 2 NSP QUAND 3 NON, JAMAIS VIDEES 4 ENTERRE/CHANGEMENT D'ENDROIT 5 NSP 8</p>	<p>4 ⇨ WS14 5 ⇨ WS14 8 ⇨ WS14</p>
<p>WS13. La dernière fois que les toilettes ont été vidées où le contenu a-t-il été mis ?</p> <p>Insister : <i>Est-ce que cela a été enlevé par un prestataire de service ?</i></p>	<p>ENLEVE PAR UN PRESTATAIRE DE SERVICE DANS UNE USINE DE TRAITEMENT 1 ENTERRE DANS UNE FOSSE COUVERTE..... 2 NE SAIT PAS OU 3</p> <p>VIDEES PAR LE MENAGE ENTERRE DANS UNE FOSSE COUVERTE 4 DANS UNE FOSSE NON COUVERTE / A L'AIR LIBRE / JETE A L'EAU OU AILLEURS..... 5</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p> <p>NSP 8</p>	
<p>WS14. Où est-ce que vos toilettes sont situées ?</p>	<p>DANS VOTRE LOGEMENT 1 DANS VOTRE COUR/JARDIN/PARCELLE 2 AILLEURS 3</p>	
<p>WS15. Partagez-vous ces toilettes avec des personnes qui ne sont pas membres de votre ménage ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>2 ⇨ Fin</p>
<p>WS16. Partagez-vous ces toilettes avec des personnes qui sont membres d'autres ménages que vous connaissez ou s'agit-il de toilettes publiques ouvertes à tous ?</p>	<p>PARTAGEES AVEC AUTRES MENAGES CONNUS (PAS PUBLIQUES) 1 TOILETTES PUBLIQUES 2</p>	<p>2 ⇨ Fin</p>

WS17. Combien de ménages au total, y compris le vôtre, utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MENAGES(SI MOINS DE 10) _0_ _	
	DIX MENAGES OU PLUS..... 10	
	NSP 98	

DECHETS MENAGERS		DM
DM1. Où gardez-vous les déchets ménagers (sac, poubelles,etc) ?	DANS LE LOGEMENT A L'INTERIEUR DE LA CUISINE..... 1 DANS LE LOGEMENT A L'EXTERIEUR DE LA CUISINE..... 2 DANS LA COUR/JARDIN/PARCELLE 3 AILLEURS 4 AUTRES <i>(préciser)</i> _____ 6	
DM2. Avec quelle fréquence vous vous débarrassez des déchets ménagers ?	CHAQUE JOUR..... 1 AU MOINS DEUX FOIS PAR SEMAINE.... 2 UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 AUTRES <i>(préciser)</i> _____ 6	
DM3. Comment vous vous débarrassez des déchets ménagers ?	COLLECTEUR D'ORDURES 1 DEPOSEES DANS UN ENDROIT SPECIAL . 2 BRULEES 3 JETTES DANS LA RUE 4 AUTRES <i>(préciser)</i> _____ 6	
DM4 Que faites vous des médicaments non utilisés et dont la date de péremption n'est pas encore dépassée ?	GARDES POUR ETRE UTILSES 01 REMIS AUX PHARMACIES..... 02 REMIS A UNE STRUCTURE DE SANTE... 03 REMIS A UNE ASSOCIATION..... 04 REMIS A DES MEMBRES DE LA FAMILLE/VOISINS... 05 TRIES ET JETES SEPARMENT DES AUTRES DECHETS 06 JETESAVEC LES AUTRES DECHETS 07 JAMAIS UTILISES DE MEDICAMENTS ... 08 AUTRES(<i>préciser</i>) _____ 96	

<p>DM5 Comment vous vous débarrassez des médicaments non utilisés/périmés ?</p>	<p>REMIS AUX PHARMACIES..... 1</p> <p>REMIS A UNE STRUCTURE DE SANTE..... 2</p> <p>TRIES ET JETES SEPARMENT DES AUTRES DECHETS 3</p> <p>JETESAVEC LES AUTRES DECHETS 4</p> <p>JAMAIS UTILISES DE MEDICAMENTS 5</p> <p>AUTRES (<i>préciser</i>) _____ 6</p>	
<p>DM6. Que faites-vous des seringues et aiguilles usagées (seringues à insuline,...) ?</p>	<p>REMIS AUX PHARMACIES..... 1</p> <p>REMIS A UNE STRUCTURE DE SANTE..... 2</p> <p>TRIÉS ET JETÉS SEPARMENT DES AUTRES DECHETS 3</p> <p>JETÉS AVEC LES AUTRES DECHETS 4</p> <p>JAMAIS UTILISES DE SERINGUES..... 5</p> <p>AUTRES (<i>préciser</i>) _____ 6</p>	
<p>DM7. <i>Instructions enquêteuses : observez et encerclez la case appropriée. La zone autour du logement est principalement propre et sèche, ou y-a-il des ORDURES ou de l'EAU STAGNANTE autour du logement ? Si code « A » encerclé, aucune autre modalité ne doit l'être.</i></p>	<p>ZONE PROPRE ET SECHE A</p> <p>ZONE SALE (DEPOT D'ORDURES) B</p> <p>EAU STAGNANTE..... C</p> <p>ZONE INONDEE D</p> <p>AUTRE (PRECISER) _____ X</p>	

LAVAGE DES MAINS		HW
<p>HW1. Nous aimerions savoir où les membres de ce ménage se lavent les mains.</p> <p>Pouvez-vous SVP, me montrer où les membres de votre ménage se lavent <u>le plus souvent</u> les mains ?</p> <p><i>Enregistrer le résultat et l'observation.</i></p>	<p>OBSERVE</p> <p>LIEU FIXE OBSERVE (LAVABO/ROBINET)</p> <p>DANS LE LOGEMENT1</p> <p>DANS LA COUR/JARDIN/PARCELLE2</p> <p>USTENSILE MOBILE OBSERVE (SEAU,...)3</p> <p>PAS OBSERVE</p> <p>PAS DE LIEU DE LAVAGE DES MAINS DANS LE</p> <p>LOGEMENT/COUR/ JARDIN/PARCELLE4</p> <p>PAS DE PERMISSION POUR VOIR5</p> <p>AUTRE RAISON (<i>préciser</i>)6</p>	<p>4 ⇒ HW5</p> <p>5 ⇒ HW4</p> <p>6 ⇒ HW5</p>
<p>HW2. Observer la présence d'eau au lieu de lavage des mains.</p> <p><i>Vérifier que le robinet/la pompe, la bassine/le seau, le réservoir d'eau ou autres objets similaires contiennent de l'eau.</i></p>	<p>EAU EST DISPONIBLE1</p> <p>EAU N'EST PAS DISPONIBLE2</p>	
<p>HW3. Y a-t-il du savon, de la lessive ou d'autres produits nettoyant sur le lieu de lavage des mains ?</p>	<p>OUI, PRESENT1</p> <p>NON, PAS PRESENT2</p>	<p>1 ⇒ HW7</p> <p>2 ⇒ HW5</p>
<p>HW4. Où est-ce que vous ou les autres membres de votre ménage vous lavez-vous le plus souvent les mains ?</p>	<p>LIEU FIXE (LAVABO/ROBINET)</p> <p>DANS LE LOGEMENT1</p> <p>DANS LA COUR/JARDIN/PARCELLE2</p> <p>USTENSILE MOBILE (SEAU,...)3</p> <p>PAS DE LIEU DE LAVAGE DES MAINS DANS LE</p> <p>LOGEMENT/JARDIN/PARCELLE4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)6</p>	
<p>HW5. Avez-vous du savon, de la lessive ou d'autres produits nettoyant dans votre maison pour vous laver les mains ?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>HW6. Pouvez-vous, s'il vous plaît, me le montrer ?</p>	<p>OUI, MONTRE1</p> <p>NON, PAS MONTRE2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>HW7. Enregistrer votre observation.</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui s'applique</i></p>	<p>MORCEAU DE SAVON/ SAVON LIQUIDE A</p> <p>DETERGENT (POUDRE/LIQUIDE / PATE).....B</p> <p>SABLE/ TERRE/BOUE/ CENDREC</p>	

SEL IODE	SA	
<p>SA1. Nous aimerions vérifier si le sel utilisé par votre ménage est iodé. Pourrais-je avoir un échantillon du sel utilisé pour <u>cuisiner les repas</u> dans votre ménage ?</p> <p><i>Mettre 2 gouttes de la solution de test, observer la couleur de la réaction dans les 30 secondes puis enregistrer la réponse qui correspond au résultat du test (1, 2 ou 3).</i></p>	<p>SEL TESTE 0 PPM (PAS DE REACTION) 1 EN-DESSOUS DE 15 PPM (ENTRE 0 ET 15 PPM) 2 AU-DESSUS DE 15 PPM (AU MOINS 15 PPM) 3</p> <p>SEL PAS TESTE PAS DE SEL DANS LA MAISON..... 4 AUTRE RAISON (Préciser) 6</p>	<p>2 ⇨ HH13 3 ⇨ HH13 4 ⇨ HH13 6 ⇨ HH13</p>
<p>SA2. Je voudrais faire un autre test. Pourrais-je avoir SVP un autre échantillon du même sel ?</p> <p><i>Mettre 5 gouttes de la solution de vérification puis appliquer 2 gouttes de la solution de test au même endroit. Observer la couleur de la réaction dans les 30 secondes puis enregistrer la réponse qui correspond au résultat du test (1, 2 ou 3).</i></p>	<p>SEL TESTE 0 PPM (PAS DE REACTION) 1 EN-DESSOUS DE 15 PPM (ENTRE 0 ET 15 PPM) 2 AU-DESSUS DE 15 PPM (AU MOINS 15 PPM) 3</p> <p>SEL PAS TESTE PAS DE SEL DANS LA MAISON..... 4 AUTRE RAISON (Préciser) 6</p>	
<p>SA2A. Avez-vous acheté ce sel dans le commerce ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	

HH13. Enregistrer l'heure.	HEURE ET MINUTES..... __ __ : __ __			
HH18. Vérifier HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE et indiquer le nombre total d'enfants de 5-17 ans.	PAS D'ENFANT.....0	0 ⇨ HH29		
	1 ENFANT1	1 ⇨ HH27		
	2 ENFANTS OU PLUS (NOMBRE) __			
HH19. Lister chaque enfant de 5-17 ans ci-dessous dans l'ordre dans lequel ils apparaissent dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Ne pas inclure les membres du ménage qui ne sont pas dans l'intervalle d'âge 5-17 ans. Enregistrer le numéro de ligne, le nom, le sexe et l'âge de chaque enfant.				
HH20. Numéro de rang	HH21. Numéro de ligne de HL1	HH22. Nom de HL2	HH23. Sexe de HL4	HH24. Age de HL6
RANG	LIGNE	NOM	M F	AGE
1	__ __		1 2	__ __
2	__ __		1 2	__ __
3	__ __		1 2	__ __
4	__ __		1 2	__ __
5	__ __		1 2	__ __
6	__ __		1 2	__ __
7	__ __		1 2	__ __
8	__ __		1 2	__ __

HH25. Vérifier le dernier chiffre du numéro du ménage (HH2) du PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE sur la page de couverture. C'est le numéro de la ligne du tableau ci-dessous sur laquelle vous devez aller.

Vérifier le nombre total d'enfants de 5-17 ans dans HH18 ci-dessus. C'est le numéro de colonne du tableau ci-dessous sur laquelle vous devez aller.

Trouver la case où la ligne et la colonne se croisent et enregistrer le numéro qui apparaît dans la case. C'est le numéro de rang (HH20) de l'enfant sélectionné.

DERNIER CHIFFRE DU NUMERO DE MENAGE (DE HH2)	NOMBRE TOTAL D'ENFANTS ELIGIBLES DANS LE MENAGE (DEHH18)						
	2	3	4	5	6	7	8+
0	2	2	4	3	6	5	4
1	1	3	1	4	1	6	5
2	2	1	2	5	2	7	6
3	1	2	3	1	3	1	7
4	2	3	4	2	4	2	8
5	1	1	1	3	5	3	1
6	2	2	2	4	6	4	2
7	1	3	3	5	1	5	3
8	2	1	4	1	2	6	4
9	1	2	1	2	3	7	5

HH26. Enregistrer le numéro de rang (HH20), le numéro de ligne (HH21), le nom (HH22) et l'âge (HH24) de l'enfant sélectionné.

HH27. (Quand HH18=1 ou quand il n'y a qu'un seul enfant de 5-17 ans dans le ménage) : Enregistrer le numéro de rang comme '1' et enregistrer le numéro de ligne (HL1), le nom (HL2) et l'âge (HL6) de cet enfant à partir de la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE.

NUMÉRO DE RANG |__|

NUMÉRO DE LIGNE |__|__|

NOM _____

AGE..... |__|__|

HH28. Préparer un QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS qui sera administré à la mère /père/gardien(ne) de cet enfant.

HH29. Vérifier HL8 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Y a-t-il des femmes de 15-49 ans ?	OUI, AU MOINS UNE FEMME DE 15-49 ANS. 1 NON 2	2 ⇒ HH40
HH30. Préparer un QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME pour chaque femme de 15-49 ans.		
HH31. Vérifier HL6 et HL8 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Y a-t-il des filles de 15-17 ans ?	OUI, AU MOINS UNE FILLE DE 15-17 ANS 1 NON 2	2 ⇒ HH40
HH32. Vérifier HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Est-ce qu'un consentement est requis pour enquêter au moins une fille de 15-17 ans ?	OUI, AU MOINS UNE FILLE DE 15-17 ANS AVEC HL20≠90 1 NON, HL20=90 POUR TOUTES LES FILLES DE 15-17 ANS 2	2 ⇒ HH40
<p>HH33. Dans le cadre de l'enquête, nous interrogeons également des femmes de 15-49 ans. On demande à chaque personne la permission de l'enquêter. Une femme enquêtrice conduira ces entretiens.</p> <p>Pour les filles de 15-17 ans, nous devons aussi obtenir la permission d'un adulte pour les enquêter. Ainsi que mentionné auparavant, toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes.</p> <p>Est-ce que nous pouvons enquêter (nom(s) de la/des fille(s) de 15-17 ans) plus tard ?</p> <p><input type="checkbox"/> 'OUI' pour toutes les filles de 15-17 ans ⇒ continuer avec HH40.</p> <p><input type="checkbox"/> 'NON' pour au moins une fille de 15-17 ans et 'OUI' pour au moins une fille de 15-17 ans ⇒ Enregistrer '06' dans WM17 pour les questionnaires individuels pour lesquels le consentement d'un adulte n'a pas été donné. Puis continuer avec HH40.</p> <p><input type="checkbox"/> 'NON' pour toutes les filles de 15-17 ans ⇒ Enregistrer '06' dans WM17 pour les questionnaires individuels pour lesquels le consentement d'un adulte n'a pas été donné. Puis continuer avec HH40.</p>		
HH40. Vérifier HL10 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE. Y a-t-il des enfants de 0-4 ans ?	OUI, AU MOINS UN 1 NON 2	2 ⇒ HH42
HH41. Préparer un QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS pour chaque enfant de 0-4 ans.		
HH42. Vérifier HH9 dans le PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE. EST-CE QUE LE MENAGE EST SELECTIONNE POUR LE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU ?	OUI, HH9=1 1 NON, HH9=0 2	2 ⇒ HH45
HH43. Préparer un QUESTIONNAIRE DE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU pour ce ménage		
<p>HH44. Dans le cadre de cette enquête, nous examinons également la qualité de l'eau de boisson. Nous voudrions conduire un test simple sur votre eau de boisson. Un collègue viendra plus tard collecter des échantillons d'eau. Pouvons-nous conduire ce test ?</p> <p><i>Si le répondant demande à connaître les résultats, lui expliquer que les résultats ne sont pas partagés au niveau individuel mais seront mis à la disposition des autorités locales.</i></p>	OUI, PERMISSION EST DONNEE 1 NON, PERMISSION N'EST PAS DONNEE 2	2 ⇒ Enregistrer '02' dans WQ31 sur le QUESTIONNAIRE DE LA QUALITE DE L'EAU
<p>HH45. RETOURNER MAINTENANT AU PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE et,</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enregistrer '01' à la question HH46 (Résultat de l'enquête du Questionnaire Ménage), • Enregistrer le nom et le numéro de ligne (de la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE) du répondant au questionnaire ménage dans HH47, • Remplir les questions HH48 – HH52, • Remercier le répondant pour sa coopération et puis, • Procéder avec l'administration des questionnaires individuels restants de ce ménage. <p><i>S'il n'y a pas de questionnaires individuels et pas de QUESTIONNAIRE DE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU à compléter dans ce ménage, remercier le répondant pour sa coopération et aller au ménage suivant qui vous a été assigné par votre chef d'équipe.</i></p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



QUESTIONNAIRE TEST
DE LA QUALITE DE L'EAU
MICS6 Algérie, 2018-2019

PANNEAU D'INFORMATION SUR LE TEST DE LA QUALITE DE L'EAU WQ	
WQ1. Numéro de grappe : __ __ __ __	WQ2. Numéro du Ménage: __ __
WQ3. Nom et numéro du mesureur :	WQ4. Nom et numéro de l'enquêtrice:
NOM __ __ __	NOM __ __ __
WQ5. Jour / Mois / Année : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
WQ6. Vérifier HH10 dans le PANNEAU D'INFORMATION DU MENAGE dans le QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le ménage est sélectionné pour le test à blanc ?	OUI 1 NON 2

WQ7. Nom du répondant au Questionnaire du test de la qualité de l'eau :	
NOM _____	
WQ8. Vérifier HH44 : Permission donnée de tester l'eau ?	OUI, PERMISSION DONNEE 1 1 ⇨ WQ10 NON, PERMISSION PAS DONNEE..... 2 2 ⇨ WQ31

WQ31. Résultat du Questionnaire de test de la qualité de l'eau.	COMPLETE 01 PERMISSION PAS DONNEE..... 02 VERRE D'EAU PAS DONNE 03 PARTIELLEMENT REMPLI 04 AUTRE (préciser) _____ 96
<i>Discuter tous les résultats non complets avec le chef d'équipe.</i>	

TEST DE LA QUALITÉ DE L'EAU		
WQ10. <i>Enregistrer l'heure :</i>	HEURES : __ __ MINUTES: __ __	
WQ11. Pourriez-vous, s'il vous plait me fournir un verre de l'eau que les membres de votre ménage boivent habituellement ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ WQ31 et Enregistrer "03"
WQ12. <i>Observer si l'eau a été recueillie directement de la source ou à partir d'un récipient de stockage séparé.</i>	DIRECT DE LA SOURCE 1 RECIPIENT COUVERT 2 RECIPIENT PAS COUVERT 3 PAS PU OBSERVER..... 8	
WQ13. <i>Etiqueter l'échantillon H-XXXX-YY, où XXXX est le numéro de la grappe (WQ1) et YY est le numéro du ménage (WQ2).</i>		
WQ14. Est-ce que vous faites ou un autre membre de ce ménage fait quelque chose à l'eau pour la rendre plus saine à boire ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨ WQ17 8 ⇨ WQ17
WQ15. Qu'est-ce que vous faite à l'eau de boisson pour la rendre plus saine à boire ? <i>Insister :</i> Rien d'autre ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	LA FAIRE BOUILLIR A AJOUTER DE LA JAVEL/CHLORE B LA FILTRER A TRAVERS UN TISSU C UTILISER UN FILTRE A EAU (CERAMIQUE, SABLE, COMPOSITE, ETC.) D DESINFECTION SOLAIRE E LA LAISSER REPOSER F AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP Z	

<p>WQ17. De quelle source cette eau a-t-elle été prélevée?</p>	<p>ROBINET DANS LE LOGEMENT 11 DANS LA COUR / JARDIN / PARCELLE 12 CHEZ LE VOISIN 13 ROBINET PUBLIC/ FONTAINE PUBLIQUE 14</p> <p>PUITS A POMPE/FORAGE 21</p> <p>PUITS CREUSE PROTEGE 31 NON PROTEGE 32</p> <p>SOURCE PROTEGEE 41 NON PROTEGEE 42</p> <p>EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 EAU DE SURFACE (OUED, LAC, BARRAGE,..) 81</p> <p>EAU CONDITIONNEE EAU EN BOUTEILLE 91</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>WQ18. Pouvez-vous, SVP, me montrer la source de l'eau de boisson de ce verre comme cela je peux moi aussi en prendre un échantillon ?</p> <p><i>Si 'Non' insister pour savoir pourquoi ce n'est pas possible.</i></p>	<p>OUI, MONTRE..... 1 NON SOURCE DE L'EAU NE MARCHE PAS..... 2 SOURCE DE L'EAU TROP LOIN 3 PAS CAPABLE D'ACCEDER A LA SOURCE 4 NE SAIT PAS OU LA SOURCE EST LOCALISEE..... 5 AUTRE RAISON (<i>préciser</i>) 6</p>	<p>2 ⇨ WQ20 3 ⇨ WQ20 4 ⇨ WQ20 5 ⇨ WQ20 6 ⇨ WQ20</p>
<p>WQ19. Enregistrer si l'échantillon d'eau à la source a été collecté. <i>Etiqueter l'échantillon S-XXXX-YY où XXXX est le numéro de la grappe (WQ1) et YY est le numéro du ménage (WQ2).</i></p>	<p>EAU DE LA SOURCE COLLECTEE 1 EAU DE LA SOURCE NON COLLECTEE (<i>préciser</i>) 2</p>	
<p>WQ20. Vérifier WQ6: le ménage est-il sélectionné pour le test à blanc ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>2 ⇨ WQ22</p>
<p>WQ21. Sortir l'échantillon d'eau stérile / minérale reçu du chef d'équipe. <i>L'étiqueter B-XXXX-YY, où XXXX est le numéro de la grappe (WQ1) et YY est le numéro du ménage (WQ2). Enregistrer si l'échantillon est disponible.</i></p>	<p>ECHANTILLON POUR TEST A BLANC DISPONIBLE 1 ECHANTILLON POUR TEST A BLANC PAS DISPONIBLE (<i>préciser</i>) 2</p>	
<p>WQ22. Mener tous les tests de qualité de l'eau dans les 30 minutes puis enregistrer les résultats après les 24-48 heures d'incubation.</p>		
<p>WQ23. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES..... __ __ : __ __ </p>	

TEST DE LA QUALITE DE L'EAU RESULTATS
Les résultats du test de la qualité de l'eau doivent être enregistrés après les 24-48 heures d'incubation.

WQ24. Jour / Mois / Année de l'enregistrement des résultats:	_ _ _ _ _ _ _ _ _ 2 _ 0 _ _ 1 _ _	
WQ25. Enregistrer l'heure :	HEURES ET MINUTES..... _ _ _ _ : _ _ _ _	
WQ26. Test de l'eau du <u>Ménage</u> (100ml) : Enregistrer le nombre de colonies avec 3 chiffres <ul style="list-style-type: none"> • Si 101 colonies ou plus sont comptées, enregistrer '101'. • Si c'est impossible de lire les résultats, enregistrer '991' • Si les résultats sont perdus, enregistrer '992' 	NOMBRE DE COLONIES BLEUES _ _ _ _	
WQ26A. Vérifier WQ19: Est-ce qu'un échantillon d'eau à la source a été collecté ?	OUI, WQ19=1 1 NON, WQ19=2 OU BLANC 2	2 ⇒WQ28
WQ27. Test de l'eau de la <u>Source</u> (100ml):	NOMBRE DE COLONIES BLEUES _ _ _ _	
WQ28. Vérifier HH10 dans le Questionnaire Ménage: le ménage est-il sélectionné pour le test à blanc ?	OUI 1 NON 2	2 ⇒WQ31
WQ29. Test à <u>blanc</u> (100ml) :	NOMBRE DE COLONIES BLEUES _ _ _ _	⇒WQ31

OBSERVATIONS DU MESUREUR

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

MICS6 ALGERIE, 2018-2019

PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME		WM
WM1. Numéro de grappe : __ __ __ __	WM2. Numéro du ménage: __ __	
WM3. Nom et numéro de ligne de la Femme: NOM _____ __ __	WM4. Nom et code du superviseur de l'équipe: NOM _____ __ __	
WM5. Nom et code de l'enquêtrice: NOM _____ __ __	WM6. Jour / Mois / Année de l'enquête : __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __ __	
<p>Vérifier l'âge de la femme en HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE : Si âge= 15-17 ans, vérifier en HH33 que le consentement d'un adulte pour l'interview a été donné ou n'est pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire, mais pas obtenu, l'interview ne peut pas commencer ; enregistrer alors '06' à WM17</p>		WM7. Enregistrer l'heure. HEURES : MINUTES __ __ : __ __
WM8. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé cette répondante sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWEE 1 NON, PREMIERE INTERVIEW 2	1 ⇨ WM9 B 2 ⇨ WM9 A
WM9A. Bonjour, je m'appelle (<i> votre nom </i>). Nous sommes du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de votre santé et d'autres sujets. Cet entretien prend habituellement 45 minutes. Nous nous entretenons également avec les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	WM9B. Maintenant, je voudrais parler avec vous de votre santé et d'autres sujets. Cet entretien prend habituellement 45 minutes. Nous nous entretenons également AVEC les mères au sujet de leurs enfants. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
OUI 1 NON / PAS DEMANDE 2	1 ⇨ Module CARACTERISTIQUES DE LA FEMME 2 ⇨ WM17	
WM17. Résultat de l'interview de la Femme. <i>Discuter tous les résultats non complets avec votre chef d'équipe.</i>	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUS 03 PARTIELLEMENT COMPLETE 04 EN INCAPACITE (<i>préciser</i>) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR CETTE REpondante DE 15-17 ANS 06 AUTRE (<i>préciser</i>) 96	

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

15-49 ANS

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. Vérifier le numéro de ligne (WM3) de la répondante dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et celui du répondant au QUESTIONNAIRE MENAGE(HH47):	WM3=HH471 WM3≠HH472	1 ⇒WB12B
WB3. En quel mois et quelle année êtes-vous née ?	DATE DE NAISSANCE JOUR..... __ __ NSP JOUR98 MOIS __ __ NSP MOIS98 ANNEE __ __ __ NSP ANNEE.....9998	
WB4. Quel âge avez-vous ? <i>Insister: Quel âge avez-vous eu à votre dernier anniversaire? Si les réponses à WB3 et WB4 sont incohérentes, insister encore et corriger. Un âge doit être enregistré.</i>	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __ __	
WB5. Avez-vous déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire?	OUI1 NON2	2 ⇒WB14
WB6. Quels sont le plus haut niveau et classe/année que vous avez atteints?	ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE000 PRIMAIRE1 __ __ MOYEN.....2 __ __ SECONDAIRE ..3 __ __ SUPERIEUR4 __ __	000 ⇒WB14
WB7. Avez-vous complété cette classe/année ?	OUI1 NON2	
WB8. Vérifier WB4 : Age de la répondante :	15-24 ANS1 25-49 ANS2	2 ⇒WB13
WB9. A n'importe quel moment pendant l'année scolaire actuelle (2018-2019), avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON2	2 ⇒WB11
WB10. Pendant cette année scolaire actuelle (2018-2019), quels sont le cycle/niveau et la classe/année que vous fréquentez ?	PRIMAIRE1 __ __ MOYEN.....2 __ __ SECONDAIRE3 __ __ SUPERIEUR4 __ __	
WB11. A n'importe quel moment pendant l'année scolaire précédente (2017-2018), êtes-vous allé à l'école ?	OUI1 NON2	2 ⇒WB12A
WB12. Durant l'année scolaire précédente (2017-2018), quels sont cycle/niveau et classe/année que vous avez fréquenté ?	PRIMAIRE1 __ __ MOYEN.....2 __ __ SECONDAIRE3 __ __ SUPERIEUR4 __ __	
WB12A. Vérifier WB9 et WB11 fréquente ou a fréquenté l'école :	WB9=1 ET WB11 =11 WB9=2 ET WB11 =12 WB9=2 ET WB11 =23	1 ⇒WB13 2 ⇒WB12AB 3 ⇒WB12AA
WB12B. Vérifier HL6 : Age de la répondante dans le module LIST DES EMBRES DU MENAGE pour cette répondante :	15-24 ANS1 25-49 ANS2	2 ⇒WB13B

WB12C. Vérifier ED9 et ED15 fréquente ou a fréquenté l'école dans le module EDUCATION dans le QUESTIONNAIRE MENAGE pour cette répondante :	ED9=1 ET ED15 =1.....1 ED9=2 ET ED15 =1.....2 ED9=2 ET ED15 =2.....3	1 ⇨WB13B 2 ⇨WB12AB 3 ⇨WB12AA
WB12AA : Durant l'année scolaire précédente (2017-2018), avez-vous fréquenté un établissement et ou un centre de formation professionnelle ?	OUI1 NON2	1 ⇨WB12AC
WB12AB : Durant l'année scolaire actuelle (2018-2019), avez-vous fréquenté un établissement et ou un centre de formation professionnelle?	OUI1 NON2	2 ⇨WB13
WB12AC. Qui vous a orienté vers la formation professionnelle ?	PARENTS1 ETABLISSEMENTS D'EDUCATION ET DE FORMATION 2 CAMPAGNES SENSIBILISATION ET D'INFORMATION .3 INFLUENCE D'UN PROCHE4 AUTRES (préciser)6	
WB12D. Vérifier WB1	WB1=11 WB1=22	1 ⇨WB13B
WB13. Vérifier WB6 : Le plus haut niveau d'école fréquenté :	WB6=2, 3 OU 4.....1 WB6=12	1 ⇨WB15 2 ⇨WB14
WB13B. Vérifier ED5 dans le module EDUCATION dans le QUESTIONNAIRE MENAGE pour cette répondante : Plus haut niveau d'école fréquenté :	ED5=2, 3 OU 41 ED5=0, 1, 8 OU BLANC2	1 ⇨WB15
WB14. Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase. Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire la phrase entière, insister : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT.....1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE3 PAS DE PHRASE DANS LE LANGAGE REQUIS/ BRAILLE (préciser)4	
WB15. Depuis combien de temps vivez-vous de façon continue à (nom de la ville ou du village de résidence actuelle) ? Si moins d'une année, enregistrer '00' années.	ANNEES __ __ TOUJOURS/DEPUIS LA NAISSANCE95	95 ⇨WB18
WB16A. Où viviez-vous juste avant d'emménager ici ? Enregistrez à la fois le code de la wilaya et celui de la commune	WILAYA (CODE)..... __ __ COMMUNE (CODE)..... __ __ ETRANGER4999 NSP.9998	
WB18. Etes-vous couverte par une assurance santé ?	OUI1 NON2	2 ⇨WB20
WB19. Par quels types d'assurance santé êtes-vous couverte ? Enregistrer tout ce qui est mentionné. Pour l'ayant droit, enregistrer le type d'assurance de l'assuré principal	MUTUELLES..... A SECURITE SOCIALE (CNAS/CAMSSP/CASNOS)C ASSURANCE SOCIALE PRIVEED AUTRE (PRECISER)X	

WB20. Pratiquez-vous une activité sportive ?	OUI1 NON2	2 ⇒WB20E
WB20A. Quel genre d'activité sportive vous pratiquez ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné</i>	ATHLETISME.....A MARCHE-JOGGING.....B NATATION.....C AEROBIC.....D SPORT COLLECTIFE SPORT DE COMBAT.....F HALTEROPHILIE.....G EQUITATION.....H AUTRE (<i>préciser</i>)X	
WB20B. Ou pratiquez-vous cette/ces activité(s) sportive(s) ?	CLUB SPORTIFA STADE DE PROXIMITEB ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENTC SALLE DE SPORT PRIVEE.....D MAISON DE JEUNESE A LA MAISONF DANS LA RUE.....G AUTRES (<i>préciser</i>)X	
WB20C. Combien d'heures par semaine pratiquez-vous cette/ces activité(s) sportive(s) ?	NOMBRE D'HEURES __ __ NSP.....98	⇒WB21 ⇒WB21
WB20E. Pourquoi vous ne pratiquez pas une activité sportive ?	N'AIME PAS.....A PAS-PEU DE MOYEN.....B ELOIGNEMENT DES INFRASTRUCTURES SPORTIVES..C PAS DE TEMPS.....D COUTS ELEVES.....E PROBLEME DE SANTE.....F OPPOSITION DES PARENTS (PERE ET OU MERE).....G AUTRES (<i>préciser</i>)X	
WB21. Au cours des cinq (05) dernières années, est-ce que vous avez vécu une /des situation(s) qui vous a (ont) emmené à recourir ou à être estée en justice ?	OUI1 NON.....2	2 ⇒ Fin
WB21A. Cette situation relève t elle du civil et ou du pénal ? <i>Si plusieurs situation/affaires, citer la dernière en date</i>	CIVILE...1 PENALE...2 NSP.....8	1 ⇒WB21B 2 ⇒WB21C 8 ⇒ Fin
WB21B. Affaire Civile, quelle a été la raison principale de cette situation qui vous a amené à recourir à la justice ou être estée en justice ?	VOISINAGE...01 OUVERTURE OU FERMETURE D'UN PASSAGE...02 HERITAGE...03 RECTIFICATION D'ACTES04 REVDICATION DE DROIT...05 MARIAGE.....06 DIVORCE...07 AUTRES (<i>préciser</i>)96	⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin
WB21C. Affaire pénale, Quelle a été la raison principale de cette situation qui vous a amené à recourir à la justice ou être estée en justice ?	VOL.....1 AGRESSION2 VIOL.....3 CONSOMMATION DE DROGUE...4 VENTE DE DROGUE...5 AUTRES (<i>préciser</i>)6	

MASS MEDIA ET TIC		MT
MT0. Vérifier WB14 : la répondante est –elle capable de lire ?	WB14= 2, 3 OU BLANC 1 WB14= 1 OU 4 2	2 ⇨ MT2
MT1. Lisez-vous un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? <i>Si ‘Au moins une fois par semaine’, insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ?</i> <i>Si ‘Oui’ encercler 3, si ‘Non’ encercler 2.’</i>	PAS DU TOUT 0 MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PRESQUE TOUS LES JOURS 3	
MT2. Ecoutez-vous la radio, au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? <i>Si ‘Au moins une fois par semaine’, insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ?</i> <i>Si ‘Oui’ encercler 3, si ‘Non’ encercler 2.’</i>	PAS DU TOUT..... 0 MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PRESQUE TOUS LES JOURS 3	
MT3. Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? <i>Si ‘Au moins une fois par semaine’, insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ?</i> <i>Si ‘Oui’ encercler 3, si ‘Non’ encercler 2.’</i>	PAS DU TOUT..... 0 MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PRESQUE TOUS LES JOURS 3	
MT4. Avez-vous déjà utilisé un ordinateur ou une tablette, quel que soit le lieu d’utilisation ?	OUI..... 1 NON 2	2 ⇨ MT9
MT5. Durant les 3 derniers mois, avez-vous utilisé un ordinateur ou une tablette au moins une fois par semaine, moins d’une fois par semaine ou pas du tout ? <i>Si au moins une fois par semaine, insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ?</i> <i>Si ‘Oui’ encercler 3, si ‘Non’ encercler 2.’</i>	PAS DU TOUT..... 0 MOINS D’UNE FOIS PAR SEMAINE..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PRESQUE TOUS LES JOURS 3	0 ⇨ MT9

<p>MT6. Durant les 3 derniers mois, avez-vous :</p> <p>[A] Copié ou déplacé un fichier ou un répertoire ?</p> <p>[B] Utilisé les fonctions couper/coller pour dupliquer ou déplacer des informations dans un document ?</p> <p>[C] Envoyé un e-mail avec un fichier attaché, tel qu'un document, une photo ou une vidéo ?</p> <p>[D] Utilisé une formule arithmétique de base dans une feuille de calcul ?</p> <p>[E] Connecté et installé une nouvelle machine tel un modem, une caméra ou une imprimante ?</p> <p>[F] Trouvé, téléchargé, installé et configuré un logiciel ?</p> <p>[G] Créé une présentation électronique avec un logiciel de présentation, y compris texte, images, son, vidéo ou graphiques ?</p> <p>[H] Transféré un fichier entre un ordinateur et un autre dispositif ?</p> <p>[I] Ecrit un programme dans n'importe quel langage de programmation ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>COPIE /DEPLACE FICHIER.....1 2</p> <p>UTILISE COPIER/COLLER DANS UN DOCUMENT1 2</p> <p>ENVOYE UN E-MAIL AVEC UN FICHIER ATTACHE1 2</p> <p>UTILISE FORMULE DE BASE DANS FEUILLE DE CALCUL 1 2</p> <p>CONNECTE EQUIPEMENT1 2</p> <p>INSTALLE UN LOGICIEL1 2</p> <p>CREE UNE PRESENTATION1 2</p> <p>TRANSFERE UN FICHIER1 2</p> <p>ECRIT UN PROGRAMME1 2</p>	
<p>MT7. Vérifier MT6 [C] : Oui est enregistré ?</p>	<p>OUI, MT6 [C]=1 1 NON, MT6 [C]=2 2</p>	<p>1 ⇨ MT10</p>
<p>MT8. Vérifier MT6 [F] : Oui est enregistré ?</p>	<p>OUI, MT6 [F]=1 1 NON, MT6 [F]=2 2</p>	<p>1 ⇨ MT10</p>
<p>MT9. Avez-vous déjà utilisé Internet, quels que soient le lieu et l'équipement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>2 ⇨ MT11</p>
<p>MT10. Durant les 3 derniers mois, avez-vous utilisé Internet au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p> <p><i>Si 'Au moins une fois par semaine', insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ? Si 'Oui' encercler 3, si 'Non' encercler 2.'</i></p>	<p>PAS DU TOUT.....0 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE.....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 PRESQUE TOUS LES JOURS3</p>	
<p>MT11. Avez-vous un téléphone portable ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
<p>MT12. Durant les 3 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?</p> <p><i>Insister si nécessaire: Je veux dire avez-vous communiqué avec quelqu'un en utilisant un téléphone portable.</i></p> <p><i>Si 'Au moins une fois par semaine', insister : Diriez-vous que cela arrive presque tous les jours ou moins souvent ? Si 'Oui' encercler 3, si 'Non' encercler 2.'</i></p>	<p>PAS DU TOUT 0 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PRESQUE TOUS LES JOURS 3</p>	

MARIAGE		MA
MA1. Êtes-vous actuellement mariée ?	OUI, MARIEE ACTUELLEMENT 1 NON 3	3 ⇨ MA5
MA1A. Votre mariage a-t-il été enregistré ? <i>Si « OUI », est ce directement à l'état civil ou après un jugement ?</i>	OUI ENREGISTRE A L'ETAT CIVIL 1 OUI ENREGISTRE PAR JUGEMENT 2 NON 3 AUTRE (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	
MA2. Quel âge a votre mari ? <i>Insister : Quel âge votre mari a-t-il eu à son dernier anniversaire ?</i>	AGE EN ANNEES __ __ NSP 98	
MA3. En plus de vous-même, est-ce que votre mari a d'autres épouses ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ MA7
MA4. Combien d'autres épouses a-t-il ?	NOMBRE D'AUTRES EPOUSES _0_ __ NSP 98	⇨ MA7 98 ⇨ MA7
MA5. Avez-vous déjà été mariée ?	OUI, A DEJA ETE MARIEE 1 NON 3	3 ⇨ MA14
MA6. Quelle est votre situation matrimoniale actuelle ? Etes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCEE 2 SEPEREE 3	2 ⇨ MA6B 3 ⇨ MA6C
MA6A. En quelle année votre mari est décédé ?	ANNEE DE DECES DU MARI __ __ __	⇨ MA7
MA6B. En quelle année avez-vous divorcé ?	ANNEE DE DIVORCE __ __ __	⇨ MA7
MA6C. Depuis combien de mois, êtes-vous séparée ? <i>Si moins d'un mois inscrire 00 Si 8 ans et plus enregistrer 96 mois. Si NSP, essayer d'avoir la meilleure estimation</i>	NOMBRE DE MOIS __ __	
MA7. Avez-vous été mariée une fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	1 ⇨ MA8A 2 ⇨ MA8B
MA8A. En quel mois et en quelle année aviez-vous commencé à vivre avec votre mari ? MA8B. En quel mois et en quelle année aviez-vous commencé à vivre avec votre premier mari ?	DATE DU (PREMIER) MARIAGE MOIS __ __ NSP MOIS 98 ANNEE __ __ __ NSP ANNEE 9998	
MA9. Vérifier MA8A/B : 'NSP Année' enregistré ?	OUI, MA8A/B=9998 1 NON, MA8A/B≠9998 2	2 ⇨ MA12
MA10. Vérifier MA7 : mariée seulement une fois ?	OUI, MA7=1 1 NON, MA7=2 2	1 ⇨ MA11A 2 ⇨ MA11B
MA11A. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec votre mari ? MA11B. Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec votre <u>premier</u> mari ?	AGE EN ANNEES __ __	

MA12. Vérifier MA1 (actuellement mariée), MA5 (déjà mariée) et MA7 (nombre de mariages)	ACTUELLEMENT MARIEE, MA1=1 1 NON MARIEE ACTUELLEMENT MAIS MARIEE UNE SEULE FOIS, MA1 =3, MA5=1 ET MA7=1 2 NON MARIEE ACTUELLEMENT MAIS MARIEE PLUS D'UNE FOIS, MA1=3, MA5=1 ET MA7=2 3	1 ⇒ MA12A 2 ⇒ MA12B 3 ⇒ MA12C
MA12A: Avez-vous des liens de parenté avec votre mari ? MA12B: Avez-vous des liens de parenté avec votre mari ? MA12C: Avez-vous des liens de parenté avec votre dernier mari ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ MA13 2 ⇒ MA14
MA13 : Quel est ce lien ?	COUSIN GERMAIN PATERNEL 1 COUSIN GERMAIN MATERNEL 2 AUTRE LIEN (<i>préciser</i>) 6	
MA14 : Etes-vous POUR ou CONTRE le mariage entre cousin/cousine ?	OUI POUR 1 CONTRE 2 SANS AVIS 3	1 ⇒ MA14A 2 ⇒ MA14B 3 ⇒ Fin
MA14A : Pourquoi êtes-vous POUR le mariage entre cousin/cousine ?	RENFORCER LES LIENS FAMILIAUX 1 POUR L'HERITAGE 2 LES PROCHES S'ENTENDENT BIEN ENTRE EUX 3 VOLONTE DES PARENTS 4 PAR COUTUMES ET TRADITIONS 5 AUTRE (PRECISER) 6 NSP 8	⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin ⇒ Fin
MA14B : Pourquoi êtes-vous CONTRE le mariage entre cousin/cousine ?	SOURCE DE MALADIES HEREDITAIRES ET DES MALFORMATIONS DES ENFANTS 1 SOURCE DE PROBLEMES FAMILIAUX 2 LES PARENTS SONT CONTRE 3 CONTRE LES COUTUMES ET LES TRADITIONS ... 4 AUTRE (<i>préciser</i>) 6 NSP 8	

MORTALITE DES ENFANTS		CM
CM0 : Vérifier MA1 et MA5, la répondante est actuellement mariée et ou a déjà été mariée	OUI MA1 ou MA5 = 11 MA1=3 et MA5=3.....2	2 ⇨ UN13A
CM1 . Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous déjà enfanté ? <i>Ce module et celui sur l'historique des naissances ne doivent comprendre que les enfants nés vivants. Aucun mort-né ne doit être inclus comme réponse à aucune question.</i>	OUI1 NON2	2 ⇨ CM8
CM2 . Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI1 NON2	2 ⇨ CM5
CM3 . Combien de fils vivent avec vous ? <i>Si aucun, enregistrer '00'</i>	FILS A LA MAISON __ __	
CM4 . Combien de filles vivent avec vous ? <i>Si aucune, enregistrer '00'</i>	FILLES A LA MAISON..... __ __	
CM5 . Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI1 NON2	2 ⇨ CM8
CM6 . Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? <i>Si aucun, enregistrer '00'</i>	FILS AILLEURS __ __	
CM7 . Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? <i>Si aucune, enregistrer '00'</i> .	FILLES AILLEURS __ __	
CM8 . Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) par la suite ? <i>Si 'Non' insister en demandant : Je veux dire un enfant qui a respiré, crié ou montré d'autres signes de vie – même s'il n'a vécu que très peu de temps ?</i>	OUI1 NON2	2 ⇨ CM11
CM9 . Combien de fils sont décédés ? <i>Si aucun, enregistrer '00'</i> .	FILS DECEDES __ __	
CM10 . Combien de filles sont décédées ? <i>Si aucune, enregistrer '00'</i> .	FILLES DECEDEES __ __	
CM11 . Additionner les réponses CM3, CM4, CM6, CM7, CM9 et CM10.	TOTAL..... __ __	
CM12 . Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total (nombre total de naissances vivantes à CM11) naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?	OUI1 NON2	1 ⇨ CM14
CM13 . Vérifier les réponses de CM1 à CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que la réponse à CM12 soit 'Oui'.		
CM14 . Vérifier CM11 : Combien de naissances vivantes ?	PAS DE NAISSANCES VIVANTES, CM11=00.....0 UNE OU PLUS NAISSANCES VIVANTES CM11=01 OU PLUS.....1	⇨ CM16A

FECONDITE / HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

BH0. Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances vivantes, y compris celles qui sont décédées en commençant par la première que vous avez eue.

Enregistrer le nom de toutes les naissances vivantes en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplés sur des lignes séparées.

BH0 No. de Ligne	BH1. Quel nom a été donné à votre (premier/suiva nt) enfant ?	BH2. Parmi ces naissances y avaient-il des jumeaux ?		BH3. Est-ce que (nom) est un garçon ou une fille ?		BH4. En quel jour, quel mois et quelle année est né(e) (nom) ? Insister : Quelle est sa date de naissance?			BH5. Est ce que (nom) est- toujours en vie ?		BH6. Quel âge a eu (nom) à son dernier anniver- saire ? Enregistrer l'âge en années révolues.		BH7. Est-ce que (nom) réside toujours dans votre ménage ?		BH8. Enregistrer numéro. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter '00' si l'enfant n'est pas listé dans le ménage.	BH9. Quel âge avait (nom) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 an', insister : Quel âge avait (nom) en mois? Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années			BH10. Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (nom de la naissance précédente) et (nom), y compris un enfant décédé juste après la naissance ?	
		S	M	G	F	Jour	Mois	Année	O	N	Age	O	N	Num ligne	Unité	Nombre	O	N		
01		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒Naiss. suivante	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _				
02		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
03		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
04		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
05		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
06		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
07		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
08		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		
09		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2 ☺	_ _	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS 1 MOIS 2 ANNEES 3	_ _	1 ☺	2 ☺ Ajouter Naissance naissance suivante		

BH0 No. de Ligne	BH1. Quel nom a été donné à votre (premier/suiva nt) enfant ?	BH2. Parmi ces naissances y avaient-il des jumeaux ?		BH3. Est-ce que (<i>nom</i>) est un garçon ou une fille ?	BH4. En quel jour, quel mois et quelle année est né(e) (<i>nom</i>) ? <i>Insister</i> : Quelle est sa date de naissance?			BH5. Est ce que (<i>nom</i>) est- toujours en vie ?	BH6. Quel âge a eu (<i>nom</i>) à son dernier anniver- saire ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. Est-ce que (<i>nom</i>) réside toujours dans votre ménage ?		BH8. <i>Enregistrer numéro. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter '00' si l'enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	BH9. Quel âge avait (<i>nom</i>) quand il/elle est décédé(e) ? <i>Si '1 an', insister :</i> Quel âge avait (<i>nom</i>) en mois? <i>Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années</i>		BH10. Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (<i>nom de la naissance précédente</i>) et (<i>nom</i>), y compris un enfant décédé juste après la naissance ?					
		S	M		G	F	Jour			Mois	Année		O	N	Age	O	N	Num Ligne	Unité	Nombre
10		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS.....1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
11		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS.....1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
12		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
13		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
14		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
15		1	2	1	2	_ _	_ _	_ _ _ _	1	2	1	2	_ _ ⇒BH10	JOURS1 MOIS2 ANNEES.....3	_ _	1	2	1	2	Ajouter Naissance naissance suivante
BH11. Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (<i>nom de la dernière naissance de la liste</i>) ?									OUI..... 1			NON 2		1 ⇒ Enregistrer la (les) naissance(s) dans l'historique des naissances						

CM15. Comparer le nombre en CM11 avec le nombre de naissances listé dans l'historique des naissances ci-dessus et vérifier :	NOMBRES SONT LES MEMES1 NOMBRES SONT DIFFERENTS2	1 ⇨ CM16A
CM16. Insister et réconcilier les réponses dans l'historique des naissances jusqu'à ce que la réponse à CM12 soit 'Oui'.		
CM16A. Quelques grossesses se terminent avant terme par une fausse couche ou un avortement et d'autres grossesses se terminent par un mort-né. avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI1 NON.....2	2 ⇨ CM17
CM16B. En tout, combien de vos grossesses se sont terminées par des fausses couches ?	NOMBRE DE FAUSSES COUCHES __ __	
CM16C. En tout, combien de vos grossesses se sont terminées par des avortements ?	NOMBRE D'AVORTEMENTS..... __ __	
CM16D. En tout, combien de vos grossesses se sont terminées par des mort-nés ?	NOMBRE DE MORT-NES __ __	
CM17. Vérifier BH4: La dernière naissance vivante a eu lieu dans les 2 dernières années c'est-à-dire – depuis (Mois de l'interview) en 2016 , si l'entretien est mené avant le 31 décembre 2018 ? – depuis (Mois de l'interview) en 2017 , si l'entretien est mené en 2019 ? Dans les deux cas, si le mois de l'interview et le mois de la naissance vivante sont les mêmes, considérer ceci comme une naissance vivante ayant eu lieu dans les 2 dernières années.	PAS DE NAISSANCES VIVANTES DANS LES 2 DERNIERES ANNEES0 AU MOINS UNE NAISSANCE VIVANTE DANS LES 2 DERNIERES ANNEES.....1	0 ⇨ Fin
CM18. Copier le nom du dernier enfant listé dans BH1. <i>Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.</i>	NOM DU DERNIER-NE _____	

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p>DB1. Vérifier CM17: Est-ce qu'il y a eu une naissance vivante durant les 2 dernières années ?</p> <p>Copier le nom de la dernière naissance vivante listée dans l'historique des naissances (CM18) ici et utiliser quand indiqué :</p> <p>Nom _____</p>	<p>OUI, CM17=1 1</p> <p>NON, CM17=0 OU BLANC 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>DB2. Quand vous êtes tombée enceinte de (<i>nom</i>), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>1 ⇒ Fin</p>
<p>DB3. Vérifier CM11: Nombre de naissances vivantes:</p>	<p>SEULEMENT 1 NAISSANCE 1</p> <p>2 NAISSANCES OU PLUS 2</p>	<p>1 ⇒ DB4A</p> <p>2 ⇒ DB4B</p>
<p>DB4A. Vouliez-vous avoir un enfant plus tard ou vouliez-vous ne pas avoir d'enfants?</p> <p>DB4B. Vouliez-vous avoir un enfant plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'autres enfants?</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>NE PLUS AVOIR D'ENFANT 2</p>	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN
<p>MN1. Vérifier CM17: Est-ce qu'il y a eu une naissance vivante dans les 2 dernières années ?</p> <p>Copier le nom de la dernière naissance vivante listée dans l'historique des naissances (CM18) ici et utiliser quand indiqué :</p> <p>Nom _____</p>	<p>OUI, CM17=1 1</p> <p>NON, CM17=0 OU BLANC 2</p>	2 ⇒ Fin
<p>MN2. Etes-vous allée en consultation prénatale au cours de la grossesse de (<i>nom</i>)?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	2 ⇒ MN6AA
<p>MN3. Qui avez-vous consulté ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne vue et enregistrer toutes les réponses données.</i></p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MEDECIN A</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>INFIRMIERE D</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE (MATRONE) F</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>MN4. De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour la première fois ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante. Si "9 mois ou plus tard", enregistrer 9.</i></p>	<p>SEMAINES 1 __ __ </p> <p>MOIS 2 _0_ __ </p> <p>NSP 9 _9_ _8 </p>	
<p>MN4A. Qu'est-ce qui vous a poussé principalement à effectuer votre première consultation prénatale ?</p> <p><i>Insistez pour avoir la raison principale.</i></p>	<p>S'ASSURER QU'ELLE EST ENCEINTE 1</p> <p>VERIFIER QUE LE BEBE EST EN BONNE SANTÉ 2</p> <p>POUR ASSURER UNE BONNE GROSSESSE 3</p> <p>SUITE A DES COMPLICATIONS 4</p> <p>RESERVER POUR L'ACCOUCHEMENT 5</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>MN5A. Combien de consultations prénatales avez-vous effectué durant le premier trimestre de votre grossesse ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une fourchette est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS __ __ </p> <p>NSP 98</p>	

<p>MN5B. Combien de consultations prénatales avez-vous effectué durant le deuxième trimestre de votre grossesse ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une fourchette est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... __ __ </p> <p>NSP.....98</p>	
<p>MN5C. Combien de consultations prénatales avez-vous effectué durant le troisième trimestre de votre grossesse ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une fourchette est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... __ __ </p> <p>NSP.....98</p>	
<p>MN5. Additionner les réponses à MN5A, MN5B et MN5C,</p>	<p>TOTAL __ __ </p>	
<p>MN6. Dans le cadre de ces consultations prénatales de cette grossesse, est-ce que les choses suivantes ont été faites, au moins une fois :</p> <p>[A] Vous a-t-on pris la tension artérielle ?</p> <p>[B] Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>[C] Vous a-t-on prélevé du sang ?</p> <p>[D] Vous a-t-on mesuré la taille ?</p> <p>[E] Vous a-t-on mesuré le poids ?</p> <p>[F] Vous a-t-on mesuré la hauteur utérine ?</p> <p>[G] Vous a-t-on fait une échographie ?</p> <p>[H] Avez-vous été informée sur la santé du bébé ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>TENSION.....1 2</p> <p>ECHANTILLON D'URINE.....1 2</p> <p>ECHANTILLON DE SANG.....1 2</p> <p>MESURE DE LA TAILLE.....1 2</p> <p>MESURE DU POIDS1 2</p> <p>MESURE HAUTEUR UTERINE1 2</p> <p>ECHOGRAPHIE1 2</p> <p>SANTE DU BEBE1 2</p>	

		OUI	NON	NSP	
MN6AA. Durant cette grossesse, avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes ?					
[A] Avez-vous eu un saignement vaginal?	SAIGNEMENT VAGINAL	1	2	8	
[B] Avez-vous eu une hypertension artérielle/complication HTA ?	HYPERTENSION ARTERIELLE/ COMPLICATION HTA	1	2	8	
[C] Avez-vous eu un œdème du visage ou du corps?	OEDEME VISAGE OU CORPS	1	2	8	
[D] Avez-vous eu des céphalées récurrentes ?	CEPHALEES RECURRENTES	1	2	8	
[E] Avez-vous eu le diabète gestationnel ?	DIABETE GESTATIONNEL	1	2	8	
[F] Avez-vous eu une maladie cardiovasculaire ?	MALADIE CARDIOVASCULAIRE	1	2	8	
[G] Avez-vous eu une infection vaginale ?	PERTES VAGINALES	1	2	8	
[H] Avez-vous eu des brûlures mictionnelles?	BRULURES MICTIONNELLES	1	2	8	
MN6BA. Combien de complications ont été déclarées à MN6AA durant cette grossesse ?	AUCUNE COMPLICATION.....1				1 ⇒ MN6E
	AU MOINS UNE COMPLICATION AU COURS DE CETTE GROSSESSE.....2				
MN6CA. Avez-vous reçu un traitement suite à cette (ces) complication(s) ?	OUI1				
	NON..... 2				
MN6DA. Avez-vous été hospitalisée suite à cette (ces) complication(s) ?	OUI1				
	NON..... 2				
MN6EA. Avez-vous consulté un dentiste au cours de la grossesse de (<i>nom</i>) ?	OUI1				
	NON..... 2				
MN6FA. Es ce que le médecin, le gynécologue ou votre sage-femme vous a déjà demandé de consulter un dentiste ?	OUI1				
	NON..... 2				
MN6GA. Pensez-vous qu'une femme enceinte peut se faire soigner les dents ?	OUI1				
	NON..... 2				
	NSP..... .8				

<p>MN6HA. Pensez-vous qu'un mauvais état bucco-dentaire peut influencer sur le bon déroulement de la grossesse ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP......8</p>	
<p>MN7. Avez-vous un carnet ou autre document dans lequel sont inscrites toutes vos vaccinations ? <i>Si oui : Puis-je le voir, s'il vous plait ?</i> <i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p>	<p>OUI (CARNET OU AUTRE DOCUMENT VU) ... 1 OUI (CARNET OU AUTRE DOCUMENT PAS VU) 2 NON 3 NSP..... 8</p>	
<p>MN8. Quand vous étiez enceinte de (nom), vous a-t-on fait une injection dans le bras ou à l'épaule pour éviter au bébé de contracter le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ MN11 8 ⇒ MN11</p>
<p>MN9. Combien de fois avez-vous reçu cette injection contre le tétanos au cours de la grossesse de (nom)?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS __ NSP..... 8</p>	<p>8 ⇒ MN11</p>
<p>MN10. Vérifier MN9 : Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées pour la dernière grossesse ?</p>	<p>SEULEMENT 1 INJECTION 1 2 INJECTIONS (OU PLUS)..... 2</p>	<p>2 ⇒ MN19</p>
<p>MN11. Est-ce qu'à n'importe quel moment avant la grossesse de (nom), vous avez reçu une injection antitétanique, soit pour vous protéger vous-même, soit pour protéger un autre bébé ? <i>Inclure les vaccins DTCoq (Tétanos) reçus durant l'enfance si mentionnés.</i></p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP..... 8</p>	<p>2 ⇒ MN19 8 ⇒ MN19</p>
<p>MN12. Avant votre grossesse de (nom), combien de fois avez-vous reçu une injection antitétanique ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Inclure les vaccins DTCoq (Tétanos) reçus durant l'enfance si mentionnés.</i></p>	<p>NOMBRE DE FOIS..... __ NSP..... 8</p>	
<p>MN13. Vérifier MN12 : Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées avant la dernière grossesse ?</p>	<p>SEULEMENT 1 INJECTION 1 2 INJECTIONS OU PLUS OU NSP 2</p>	<p>1 ⇒ MN14 A 2 ⇒ MN14 B</p>
<p>MN14A. Cela fait combien d'années que vous avez reçu cette injection antitétanique ? MN14B. Cela fait combien d'années que vous avez reçu la dernière injection antitétanique ? <i>La référence est la dernière injection reçue avant cette grossesse, comme enregistré à MN12. Si moins d'un an, enregistrer '00'.</i></p>	<p>ANNEES..... __ __ NSP..... 98</p>	

<p>MN19. Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister : Quelqu'un d'autre ?</i></p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et enregistrer toutes les réponses mentionnées.</i></p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN GYNECOLOGUE A SAGE-FEMME B INFIRMIERE/..... D MEDECIN GENERALISTE E</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F PARENT/AMI(E)..... H AUTRE (<i>préciser</i>) X AUCUN Y</p>	
<p>MN20. Où avez-vous accouché de (<i>nom</i>)?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un <u>établissement public ou privé</u>, inscrire le nom de l'endroit et noter temporairement '96' jusqu'à trouver la catégorie de réponse appropriée.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC CHU 20 HOPITAL (EHS/EH/EPH)..... 21 POLYCLINIQUE/MATERNITE..... 22 SALLE DE SOINS/MATERNITE 24 AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) 26</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE 32 MATERNITE PRIVEE..... 33 AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) 36 AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>11 ⇨ MN23 12 ⇨ MN23 96 ⇨ MN23</p>
<p>MN21. Avez-vous accouché de (<i>nom</i>) par césarienne, c'est-à-dire une intervention chirurgicale ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>1 ⇨ MN22</p>
<p>MN21A Est-ce que le bébé est arrivé normalement ou est-ce qu'on a été obligé d'utiliser des instruments (Forceps/ventouses) ?</p>	<p>EST ARRIVE NORMALEMENT 1 FORCEPS/VENTOUSES 2</p>	
<p>MN21B. Pendant ou juste avant l'accouchement de (<i>nom</i>), avez-vous éprouvé une complication quelconque ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>2 ⇨ MN23</p>
<p>MN21C. Cette/Ces complication(s) a/ont elle(s) consisté en :?</p> <p>[A] Une hémorragie ?</p> <p>[B] Une HTA/signes cliniques d'éclampsie ?</p> <p>[C] Un travail long qui a duré plus de 12 heures ?</p> <p>[D] Un état de choc ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI</p> <p>NON</p> <p>HEMORRAGIE 1 2 HTA/SIGNES CLINIQUES D'ECLAMPSIE.... 1 2 TRAVAIL LONG QUI A DURE PLUS DE 12 HEURES..... 1 2 ETAT DE CHOC..... 1 2</p>	
<p>MN21D. Est-ce que vous avez été réanimée ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	<p>1 ⇨ MN23 2 ⇨ MN23</p>

<p>MN22. Quand est-ce que la décision de faire une césarienne a été prise ? <i>Insister si nécessaire : Etait-ce avant ou après que les douleurs de l'accouchement aient commencé ?</i></p>	<p>AVANT LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT1 APRES LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT2</p>	
<p>MN22A : La césarienne a été réalisée en urgence ou de manière programmée ?</p>	<p>EN URGENCE..... 1 PROGRAMMEE..... 2 NSP 8</p>	<p>1 ⇒MN23 8 ⇒MN23</p>
<p>MN22B : La décision a-t-elle été prise par le médecin, vous-même ou par quelqu'un d'autre ?</p>	<p>LE MEDECIN 1 L'ENQUETEE ELLE-MEME..... 2 AUTRES (<i>préciser</i>) 6 NSP..... 8</p>	
<p>MN23. Est-ce qu'après l'accouchement, (nom) a été mis(e), immédiatement, directement sur la peau nue de votre poitrine ? <i>Si nécessaire, montrer la photo de la position peau-sur-peau.</i></p> 	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	<p>2 ⇒MN25 8 ⇒MN25</p>
<p>MN24. Avant d'être placé sur la peau nue de votre poitrine, est-ce que le bébé a été enveloppé ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	
<p>MN25. Est-ce que (nom) a été séché(e) ou essuyé(e) tout de suite après la naissance ?</p>	<p>OUI..... 1 NON 2 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	

<p>MN26. Combien de temps après la naissance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle été lavé(e) pour la première fois ?</p> <p><i>Si "immédiatement" ou moins d' 1 heure, entourez 000'.</i></p> <p><i>Si moins de 24 heures, enregistrer en heures.</i></p> <p><i>Si "1 jour" ou "le jour d'après", insister : A peu près combien d'heures après l'accouchement?</i></p> <p><i>Si "24 heures", insister pour assurer la meilleure estimation de moins de 24 heures ou d'1 jour.</i></p> <p><i>Si 24 heures ou plus, enregistrer en jours.</i></p>	<p>IMMEDIATEMENT..... 0 _0_ _0_ </p> <p>HEURES 1 __ __ </p> <p>JOURS..... 2 __ __ </p> <p>JAMAIS LAVE 9 _9_ _7_ </p> <p>NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_ </p>	
<p>MN27. Vérifier MN20 : Est-ce que l'enfant est né dans une structure de santé ?</p>	<p>OUI, MN20=20-36..... 1</p> <p>NON, MN20=11-12 OU 96 2</p>	<p>1 ⇨ MN30</p>
<p>MN28. Qu'est-ce qui a été utilisé pour couper le cordon ombilical ?</p>	<p>LAME NEUVE..... 1</p> <p>LAME DEJA UTILISEE POUR AUTRES RAISONS..... 2</p> <p>CISEAUX 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 6</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>MN29. Est-ce que l'instrument qui a été utilisé pour couper le cordon a été bouilli ou stérilisé avant utilisation ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP / NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	
<p>MN30. Entre le moment où il a été coupé et jusqu'à ce qu'il tombe, est-ce que quelque chose a été appliquée sur le cordon ombilical ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/ NE SE SOUVIENT PAS 8</p>	<p>2 ⇨ MN32</p> <p>8 ⇨ MN32</p>
<p>MN31. Qu'est-ce qui a été appliqué ?</p> <p><i>Insister : Rien d'autre ?</i></p>	<p>CHLORHEXIDINE A</p> <p>AUTRE ANTISEPTIQUE (ALCOOL, DAKIN, IOSINEACQUEUSE, BETADINE CORDIAL, GENTIANE VIOLETTE) B</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p> <p>NSP/NE SE SOUVIENT PAS Z</p>	
<p>MN32. Quand (<i>nom</i>) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?</p>	<p>TRES GROS 1</p> <p>PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2</p> <p>MOYEN 3</p> <p>PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4</p> <p>TRES PETIT 5</p> <p>NSP..... 8</p>	

MN32A : Est-ce que (<i>nom</i>) est né à terme ou prématuré ?	A TERME (37- 41 SEMAINES) 1 PREMATURE MOYEN (32-36 SEMAINES) 2 GRAND PREMATURE (28-31 SEMAINES) 3 PREMATURE EXTREME (MOINS DE 28 SEMAINES) 4 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS 8	
MN33. (<i>nom</i>) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ MN35 8 ⇒ MN35
MN34. Combien (<i>nom</i>) pesait-il/elle ? <i>Si un carnet de santé est disponible, enregistrer le poids du carnet de santé.</i>	DU CARNET DE SANTE 1 (KG) __ , __ __ __ DE MEMOIRE 2 (KG) __ , __ __ __ NSP 9 _9_ , _9_ _9_ _8_	
MN35. Est-ce-que vos règles sont revenues depuis la naissance de (<i>nom</i>) ?	OUI 1 NON 2	
MN36. Avez-vous allaité au sein (<i>nom</i>)?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ MN39 B
MN37. Combien de temps après la naissance avez-vous mis (<i>nom</i>) au sein pour la première fois ? <i>Si moins d'1 heure, enregistrer 00 heures. Si moins de 24 heures, enregistrer en heures. Autrement, enregistrer en jours.</i>	IMMEDIATEMENT 0 _0_ _0_ HEURES 1 __ __ JOURS 2 __ __ NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_	
MN38. Dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, a-t-on donné à boire à (<i>nom</i>) autre chose que du lait maternel ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ MN39 A 2 ⇒ Fin
MN39A. Qu'a-t-on donné à boire à (<i>nom</i>)? <i>Insister : Quelque chose d'autre ?</i> <i>'Rien donné à boire' n'est pas une réponse valide et la catégorie de réponse Y ne peut pas être enregistrée.</i> MN39B. Dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, qu'est-ce qui a été donné à boire à (<i>nom</i>) ? <i>Insister : Quelque chose d'autre ?</i> <i>'Rien donné à boire' (catégorie Y) ne peut être enregistrée que si aucune autre réponse n'est enregistrée.</i>	LAIT (AUTRE QUE DU LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCREE/ EAU GLUCOSEE C SOLUTION EAU-SALEE-SUCREE E JUS DE FRUIT F PREPARATION POUR BEBE G INFUSIONS H MIEL I MEDICAMENTS PRESCRITS J CALMANT POUR COLIQUES K AUTRE (<i>préciser</i>) X RIEN DONNE A BOIRE Y	

EXAMENS DE SANTE POST-NATALS		PN
<p>PN1. Vérifier CM17: y a-t-il eu une naissance vivante dans les 2 dernières années ?</p> <p>Copier le nom de la dernière naissance listée dans l'historique des naissances (CM18) ici et utiliser quand indiqué :</p> <p>Nom _____</p>	<p>OUI, CM17=11</p> <p>NON, CM17=0 OU BLANC2</p>	2 ⇒ Fin
<p>PN2. Vérifier MN20: Est-ce que l'enfant est né dans un établissement de santé ?</p>	<p>OUI, MN20=20-36.....1</p> <p>NON, MN20=11-12 OU 962</p>	2 ⇒ PN7
<p>PN3. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur ce qui s'est passé dans les heures et les jours qui ont suivi la naissance de (<i>nom</i>).</p> <p>Vous avez dit que vous avez accouché à (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>). Combien de temps êtes-vous restée là-bas après l'accouchement?</p> <p><i>Si moins d'un jour, enregistrer en heures.</i></p> <p><i>Si moins d'une semaine, enregistrer en jours.</i></p> <p><i>Autrement, enregistrer en semaines.</i></p>	<p>HEURES 1 __ __ </p> <p>JOURS 2 __ __ </p> <p>SEMAINES 3 __ __ </p> <p>NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_ </p>	
<p>PN4. Je voudrais vous parler des examens de santé sur (<i>nom</i>) après l'accouchement - par exemple, si quelqu'un a examiné (<i>nom</i>), vérifié le cordon ombilical, ou contrôlé si (<i>nom</i>) se porte bien.</p> <p>Avant que vous ne quittiez (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>), est-ce-que quelqu'un a contrôlé l'état de santé de (<i>nom</i>) ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN5. Et qu'en est-il des examens de <u>votre</u> santé - je veux dire, quelqu'un a-t-il fait le bilan de votre santé, par exemple en vous posant des questions sur votre santé ou en vous examinant ?</p> <p>Avant que vous ne quittiez (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>), est-ce que quelqu'un a contrôlé <u>votre</u> santé ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN6. Maintenant, je voudrais que nous parlions de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>) ?</p> <p>Après que vous ayez quitté (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>), est-ce que quelqu'un a contrôlé l'état de santé de (<i>nom</i>)?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	1 ⇒ PN12 2 ⇒ PN17

<p>PN7. Vérifier MN19: Est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a assisté l'accouchement?</p>	<p>OUI, AU MOINS UNE CATEGORIE DE REPONSE DE A-F ENCERCLEE1</p> <p>NON, AUCUNE CATEGORIE DE REPONSE DE A-F ENCERCLEE2</p>	<p>2 ⇨ PN11</p>
<p>PN8. Vous avez déjà dit que (<i>la ou les personnes à MN19</i>) vous a/ont assisté pendant l'accouchement.</p> <p>Maintenant, je voudrais vous parler des examens de santé de (<i>nom</i>) après l'accouchement, par exemple examiner (<i>nom</i>), vérifier le cordon ombilical, ou voir si (<i>nom</i>) se porte bien.</p> <p>Une fois l'accouchement terminé et avant que (<i>la ou les personnes à MN19</i>) ne vous quitte, est-ce que (<i>la ou les personnes à MN19</i>) a/ont contrôlé la santé de (<i>nom</i>)?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN9. Et est-ce que (<i>la ou les personnes à MN19</i>) a/ont contrôlé votre santé avant son/leur départ, par exemple en vous posant des questions sur votre santé ou en vous examinant ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN10. Après que (<i>la ou les personnes à MN19</i>) vous ont laissé est-ce quelqu'un a contrôlé la santé de (<i>nom</i>)?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	<p>1 ⇨ PN12</p> <p>2 ⇨ PN19</p>
<p>PN11. Je voudrais vous parler des examens de santé de (<i>nom</i>) après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui a examiné (<i>nom</i>), a vérifié le cordon ombilical, ou contrôlé si le bébé se porte bien.</p> <p>Après la naissance de (<i>nom</i>), est-ce que quelqu'un a contrôlé sa santé ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	<p>2 ⇨ PN20</p>
<p>PN12. Un tel examen a-t-il eu lieu seulement une fois ou plus d'une fois?</p>	<p>UNE FOIS.....1</p> <p>PLUS D'UNE FOIS2</p>	<p>1 ⇨ PN13A</p> <p>2 ⇨ PN13B</p>
<p>PN13A. Combien de temps après l'accouchement un tel contrôle a-t-il eu lieu?</p> <p>PN13B. Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier de ces contrôles?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, enregistrer en heures.</i></p> <p><i>Si c'est moins d'une semaine, enregistrer en jours.</i></p> <p><i>Autrement, enregistrer en semaines.</i></p>	<p>HEURES 1 __ __ </p> <p>JOURS 2 __ __ </p> <p>SEMAINES 3 __ __ </p> <p>NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_ </p>	

<p>PN14. Qui a contrôlé la santé de (<i>nom</i>) à ce moment-là?</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN PEDIATRE A SAGE-FEMME..... B INFIRMIERE/..... D MEDECIN GENERALISTE E</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F PARENT/AMI(E)..... H</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X</p>	
<p>PN15. Où a eu lieu ce contrôle?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et noter temporairement '96' jusqu'à trouver la catégorie de réponse appropriée.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE11 AUTRE DOMICILE12</p> <p>SECTEUR PUBLIC CHU20 HOPITAL (EHS/EH/EPH).....21 POLYCLINIQUE.22 SALLE DE SOINS.....24 AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) 26</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE32 MATERNITE PRIVEE.....33 CABINET PRIVE.....34 AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>).....36</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>PN16. Vérifier MN20 : L'enfant est né dans une structure de santé ?</p>	<p>OUI, MN20=20-36.....1 NON, MN20=11-12 OU 962</p>	<p>2 ⇒PN18</p>
<p>PN17. Après avoir quitté (<i>nom ou type de structure sanitaire MN20</i>), est-ce que quelqu'un a contrôlé votre santé ?</p>	<p>OUI.....1 NON2</p>	<p>1 ⇒PN21 2 ⇒PN24A</p>
<p>PN18. Vérifier MN19 : Est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle, a assisté l'accouchement ?</p>	<p>OUI, AU MOINS UNE CATEGORIE DE REPONSE DE A-F ENCERCLEE1 NON, AUCUNE CATEGORIE DE REPONSE DE A-F ENCERCLEE2</p>	<p>2 ⇒PN20</p>
<p>PN19. Après l'accouchement et le départ de (<i>la ou les personnes à MN19</i>), est-ce que quelqu'un a contrôlé votre santé ?</p>	<p>OUI.....1 NON2</p>	<p>1 ⇒PN21 2 ⇒PN24A</p>
<p>PN20. Après la naissance de (<i>nom</i>), a-t-on contrôlé votre santé, par exemple poser des questions sur votre santé ou vous examiner ?</p>	<p>OUI.....1 NON2</p>	<p>2 ⇒PN24A</p>

PN21. Ces contrôles ont-ils eu lieu seulement une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS2	1 ⇨PN22A 2 ⇨PN22B
PN22A. Combien de temps après l'accouchement ce contrôle a-t-il eu lieu? PN22B. Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier de ces contrôles? <i>Si c'est moins d'une journée, enregistrer en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, enregistrer en jours.</i> <i>Autrement, enregistrer en semaines.</i>	HEURES 1 __ __ JOURS 2 __ __ SEMAINES 3 __ __ NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_	
PN23. Qui a contrôlé votre santé à ce moment-là ? <i>Insister s'il n y a pas d'autres personnels</i>	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN GYNECOLOGUE..... A SAGE-FEMME..... B INFIRMIERE/..... D MEDECIN GENERALISTE E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F PARENT/AMI(E)..... H AUTRE (<i>préciser</i>) X	
PN24. Où a eu lieu ce contrôle? <i>Insister pour déterminer le type de source.</i> <u><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et noter temporairement '96' jusqu'à trouver la catégorie de réponse appropriée.</i></u> _____ (<i>Nom de l'endroit</i>)	DOMICILE VOTRE DOMICILE11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC CHU20 HOPITAL (EHS/EH/EPH).....21 POLYCLINIQUE.22 SALLE DE SOINS.....24 AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>)26 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE32 MATERNITE PRIVEE.....33 CABINET PRIVE.....34 AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) 36 AUTRE (<i>préciser</i>) 96	

<p>PN24A. Après la naissance de (<i>nom</i>), avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes ?</p> <p>[A] Saignement vaginal ?</p> <p>[B] Œdème et douleur des jambes ?</p> <p>[C] Pertes vaginales ou douleurs pelviennes avec fièvre ?</p> <p>[D] Dorsalgie/lombalgie avec fièvre ?</p> <p>[E] Brûlures mictionnelles avec fièvre ?</p> <p>[F] Anémie ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT VAGINAL.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ŒDEME ET DOULEUR DES JAMBES...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERTES VAGINALES OU DOULEURS PELVIENNES AVEC FIEVRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DORSALGIE/LOMBALGIE AVEC FIEVRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BRULURES MICTIONNELLES AVEC FIEVRE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ANEMIE.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	SAIGNEMENT VAGINAL.....	1	2	ŒDEME ET DOULEUR DES JAMBES...	1	2	PERTES VAGINALES OU DOULEURS PELVIENNES AVEC FIEVRE.....	1	2	DORSALGIE/LOMBALGIE AVEC FIEVRE.....	1	2	BRULURES MICTIONNELLES AVEC FIEVRE.....	1	2	ANEMIE.....	1	2				
	OUI	NON																								
SAIGNEMENT VAGINAL.....	1	2																								
ŒDEME ET DOULEUR DES JAMBES...	1	2																								
PERTES VAGINALES OU DOULEURS PELVIENNES AVEC FIEVRE.....	1	2																								
DORSALGIE/LOMBALGIE AVEC FIEVRE.....	1	2																								
BRULURES MICTIONNELLES AVEC FIEVRE.....	1	2																								
ANEMIE.....	1	2																								
<p>PN24B. Vérifiez PN24A : l'enquêtée a-t-elle eu une complication ?</p>	<p>Oui, au moins une complication.....1</p> <p>Non, n'a eu aucune complication.....2</p>	2 ⇨ PN25																								
<p>PN24C. Combien de temps après l'accouchement de (<i>nom</i>) avez-vous éprouvé cette (ces) complication(s) ?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, enregistrer en heures.</i></p> <p><i>Si c'est moins d'une semaine, enregistrer en jours.</i></p> <p><i>Autrement, enregistrer en semaines.</i></p>	<p>HEURES 1 __ __ </p> <p>JOURS 2 __ __ </p> <p>SEMAINES 3 __ __ </p> <p>NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_ </p>																									
<p>PN25. Durant les deux premiers jours après la naissance, est-ce qu'un personnel de santé a fait un des actes suivants soit à la maison soit dans le centre de santé :</p> <p>[A] Examiner le cordon de (<i>nom</i>) ?</p> <p>[B] Prendre la température de (<i>nom</i>) ?</p> <p>[C] Vous conseiller sur l'allaitement ?</p> <p>[D] Vous conseiller sur la contraception ?</p> <p>[E] Vous conseiller sur la vaccination ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EXAMINER LE CORDON</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE LA TEMPERATURE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>CONSEILS SUR LA CONTRACEPTION...</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>CONSEILS SUR LA VACCINATION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	EXAMINER LE CORDON	1	2	8	PRENDRE LA TEMPERATURE	1	2	8	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT	1	2	8	CONSEILS SUR LA CONTRACEPTION...	1	2	8	CONSEILS SUR LA VACCINATION	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																							
EXAMINER LE CORDON	1	2	8																							
PRENDRE LA TEMPERATURE	1	2	8																							
CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT	1	2	8																							
CONSEILS SUR LA CONTRACEPTION...	1	2	8																							
CONSEILS SUR LA VACCINATION	1	2	8																							
<p>PN26. Vérifier MN36 : Est-ce que l'enfant a été allaité ?</p>	<p>OUI, MN36=11</p> <p>NON, MN36=22</p>	2 ⇨ PN28																								
<p>PN27. Observer l'allaitement de (<i>nom</i>) ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OBSERVER ALLAITEMENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	OBSERVER ALLAITEMENT	1	2	8																	
	OUI	NON	NSP																							
OBSERVER ALLAITEMENT	1	2	8																							
<p>PN28. Vérifier MN33 : Est-ce que l'enfant a été pesé à la naissance ?</p>	<p>OUI, MN33=11</p> <p>NON, MN33=22</p> <p>NSP, MN33=8.....3</p>	<p>1 ⇨ PN29A</p> <p>2 ⇨ PN29B</p> <p>3 ⇨ PN29C</p>																								

<p>PN29A. Vous avez mentionné que (<i>nom</i>) a été pesé à la naissance. Après cela, est-ce-que (<i>nom</i>) a été de nouveau pesé, dans les deux jours après sa naissance, par un personnel de santé ?</p> <p>PN29B. Vous avez mentionné que (<i>nom</i>) n'a pas été pesé à la naissance. Est-ce-que (<i>nom</i>) a été pesé, dans les deux jours après sa naissance, par un personnel de santé?</p> <p>PN29C. Vous avez mentionné que vous ne savez pas si (<i>nom</i>) a été pesé à la naissance. Est-ce-que (<i>nom</i>) a été pesé, dans les deux jours après sa naissance, par un personnel de santé ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN30. Durant les deux premiers jours après la naissance de (<i>nom</i>), est-ce qu'un personnel de santé vous a donné des informations sur les symptômes qui nécessitent que vous emmeniez votre enfant malade dans une structure de santé pour être soigné ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	
<p>PN31. Il arrive parfois que les enfants soient gravement malades et doivent être conduits immédiatement dans un établissement de santé. Quels sont les types de symptômes qui vous inciteraient à mener immédiatement votre enfant dans un établissement de santé ?</p> <p><i>Insistez : aucun autre symptôme ?</i></p> <p>Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes.</p> <p><i>Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez pas de réponses</i></p>	<p>ENFANT INCAPABLE DE BOIRE OU DE TETER.....A</p> <p>ÉTAT DE L'ENFANT S'AGGRAVE.....B</p> <p>ENFANT DEVIENT FIEVREUXC</p> <p>ENFANT RESPIRE RAPIDEMENTD</p> <p>ENFANT A DES DIFFICULTES POUR RESPIRERE</p> <p>ENFANT A DU SANG DANS LES SELLES.....F</p> <p>ENFANT BOIT DIFFICILEMENT.....G</p> <p>DIARRHEE (PLUS DE 5 JOURS).....H</p> <p>TROUBLES DE LA CONSCIENCEI</p> <p>AUTRE (préciser) _____X</p>	

CONTRACEPTION		CP
CP0 : vérifier MA1, est-ce que la répondante est mariée ?	OUI.....1 NON.....2	2 ⇨ UN13A
CP1 . Je voudrais parler avec vous d'un autre sujet : la planification familiale. Etes-vous enceinte en ce moment ?	OUI, ACTUELLEMENT ENCEINTE1 NON2 NSP OU PAS SURE8	1 ⇨ CP3
CP2 . Les couples utilisent plusieurs moyens ou méthodes pour retarder ou éviter une grossesse. Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI.....1 NON2	1 ⇨ CP4
CP3 . Avez-vous déjà fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI.....1 NON2	1 ⇨ CP16 2 ⇨ CP16
CP4 . Actuellement quelle méthode utilisez-vous ou votre mari pour retarder ou éviter une grossesse ? <i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, enregistrer chacune d'entre elles.</i>	LIGATURE DES TROMPES A STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE)B STERILET-DIUC INJECTABLES D IMPLANTSE PILULESF CONDOM MASCULIN G CONDOM FEMININ H DIAPHRAGMEI CREME/GELEEJ ALLAITEMENT PROLONGEK METHODE DU CALENDRIERL RETRAIT..... M AUTRE (<i>préciser</i>) X	
CP5 . Qui a décidé de l'utilisation de la contraception ?	L'ENQUETEE ELLE-MEME1 CONJOINT2 DECISION COMMUNE3 DECISION MÉDICALE4 AUTRE (<i>préciser</i>) 6	
CP6 . Pourquoi vous utilisez (<i>la/les méthode(s) actuelle(s)</i>) plutôt qu'une autre méthode ?	GRATUITE A COUT/PAS CHERE.....B PLUS DISPONIBLEC M'A ETE PRESCRITE.....D M'A ETE CONSEILLEEE ME CONVIENTF SEULE METHODE CONNUE G TRES EFFICACE H METHODE SANS EFFET SECONDAIREI METHODE REVERSIBLEJ JE NE VEUX PLUS AVOIR D'ENFANTSK AUTRE (<i>préciser</i>) X	
CP7 . Vérifier CP4 : est-ce que la répondante ou son époux utilisent une méthode moderne ?	OUI, AU MOINS UNE REPONSE DE « A-J » EST ENCERCLEE1 NON, AUCUNE REPONSE DE « A-J » N'EST ENCERCLEE2	2 ⇨ CP10

<p>CP8. Qui vous a prescrit la méthode contraceptive que vous ou votre mari êtes en train d'utiliser actuellement ?</p> <p><i>Il s'agit de la prescription et ou renouvellement de la prescription pour l'achat de la méthode contraceptive que la femme ou son mari sont en train d'utiliser</i></p>	<p>PUBLIC MEDECIN GYNECOLOGUE.....11 MEDECIN GENERALISTE.....12 SAGE FEMME13 AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>)16</p> <p>PRIVE MÉDECIN GYNÉCOLOGUE.....21 MEDECIN GENERALISTE.....22 SAGE FEMME23 AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>)26</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>)96</p>	
<p>CP9. Ou avez-vous obtenu la méthode contraceptive que vous ou votre mari êtes en train d'utiliser actuellement ?</p>	HOPITAL1 POLYCLINIQUE2 SALLE DE SOINS.....3 PHARMACIE (OFFICINE)4 AUTRE (<i>préciser</i>)6	
<p>CP10. La méthode contraceptive que vous ou votre mari êtes en train d'utiliser actuellement, est celle que vous avez choisi et/ ou recommandé</p>	CHOISIE A RECOMMANDEEB AUTRE (<i>précisez</i>) X	
<p>CP11. Depuis quand avez-vous commencé à utiliser la méthode contraceptive que vous ou votre mari êtes en train d'utiliser actuellement de façon continue ?</p>	MOIS 1 __ __ ANNEE..... 2 __ __ NSP / NE SE SOUVIENT PAS 9 _9_ _8_	
<p>CP12. Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser la contraception pour la première fois ?</p>	AGE (EN ANNEE REVOLUES) __ __ NSP / NE SE SOUVIENT PAS98	
<p>CP13. Vérifier CM11 ? La femme a-t-elle des enfants ?</p>	UN ENFANT OU PLUS, CM11 = 01 OU PLUS1 PAS D'ENFANTS, CM11= 00.....2	2 ⇨ CP15
<p>CP14. Combien d'enfants vivants aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser la contraception pour la première fois ?</p> <p><i>Si aucun enregistrez «00»</i></p>	NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS A LA PREMIERE UTILISATION __ __ NSP / NE SE SOUVIENT PAS98	
<p>CP15. Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale sur les effets secondaires ou les problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de cette méthode ?</p>	OUI.....1 NON2	1 ⇨ CP20 2 ⇨ CP20

<p>CP16. Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode de contraception pour éviter une grossesse?</p>	<p>DESIR UN ENFANT.....01 OPPOSITION AU PLANNING FAMILIALE.....02 DESACCORD DU MARI03 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES04 DIFFICILE A OBTENIR.....05 COUT ELEVE06 DIFFICILE A UTILISER07 FATALISTE/SELON LA VOLONTE DE DIEU08 MENAUPOSE.....09 NON FECONDE.....10 N'APPRECIÉ PAS LES METHODES EXISTANTES11 EN AMENORRHEE12 PROBLEME DE SANTE13 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ _96</p>	<p>02 ⇨CP20 09 ⇨CP20 10 ⇨CP20</p>
<p>CP17. Pouvez-vous dire que la décision de ne pas utiliser de contraception est une décision personnelle, de votre mari, de vous deux ensemble ou plutôt une décision médicale?</p>	<p>DECISION PERSONNELLE.....1 DECISION DU CONJOINT2 DECISION COMMUNE3 DECISION MEDICALE4 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 6</p>	
<p>CP18. Comptez-vous utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur ?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>2 ⇨CP20</p>
<p>CP19. Quelle est la méthode principale que vous comptez utiliser vous ou votre mari pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>LIGATURE DES TROMPES11 STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) ..12 STERILET-DIU21 INJECTABLES31 IMPLANTS32 PILULES33 CONDOM MASCULIN34 CONDOM FEMININ35 DIAPHRAGME36 CREME/GELEE37 ALLAITEMENT PROLONGE41 METHODE DU CALENDRIER42 RETRAIT.....43 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p>CP20. Habituellement, qui prend les décisions relatives à vos soins reproductifs : vous même, votre mari, vous deux ensemble ou quelqu'un d'autre ?</p>	<p>L'ENQUETEE ELLE MEME.....1 LE MARI.....2 L'ENQUETEE ET LE MARI3 QUELQU'UN D'AUTRE4</p>	

BESOIN NON SATISFAIT		UN
UN1. Vérifier CP1. Enceinte actuellement ?	OUI, CP1=11 NON, NSP OU PAS SURE, CP1= 2 OU 8.....2	2 ⇨ UN6
UN2. Maintenant, je voudrais parler avec vous de votre grossesse actuelle. Quand vous êtes tombée enceinte, est-ce que vous vouliez tomber enceinte à ce moment-là ?	OUI1 NON.....2	1 ⇨ UN5
UN3. Vérifier CM11 : A déjà eu des naissances ?	PAS DE NAISSANCE.....0 UNE NAISSANCE OU PLUS1	0 ⇨ UN4A 1 ⇨ UN4B
UN4A. Vouliez-vous avoir un enfant plus tard ou vouliez-vous ne pas avoir d'enfants? UN4B. Vouliez-vous avoir un enfant plus tard ou vouliez-vous ne plus avoir d'autres enfants?	PLUS TARD.....1 AUCUN / PAS D'AUTRE ENFANT.....2	
UN5. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants du tout ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT1 PAS D'AUTRE ENFANT / AUCUN.....2 PAS DECIDEE / NSP.....8	1 ⇨ UN8 2 ⇨ UN14 8 ⇨ UN14
UN6. Vérifier CP4 : Utilise actuellement la stérilisation féminine et ou mari ayant effectué une vasectomie?	OUI, CP4=A OU B.....1 NON, CP4≠A ET CP4 ≠B2	1 ⇨ UN14
UN7. Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet de l'avenir. Voulez-vous avoir un (autre) enfant ou voulez-vous ne pas/plus avoir d'enfants du tout ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT1 PAS D'AUTRE ENFANT / AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE3 PAS DECIDEE / NSP.....8	2 ⇨ UN10 3 ⇨ UN12 8 ⇨ UN10
UN8. Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (autre) enfant ? <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	NOMBRE MOIS..... 1 __ __ NOMBRE D'ANNEES 2 __ __ NE VEUT PAS ATTENDRE (BIENTOT /MAINTENANT) 9 _9_ _3_ DIT Q'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 9 _9_ _4_ AUTRE (<i>préciser</i>) 9 _9_ _6_ NSP 9 _9_ _8_	994 ⇨ UN12
UN9. Vérifier CP1 : Enceinte actuellement ?	OUI, CP1=11 NON, NSP OU PAS SURE, CP1= 2 OU 8.....2	1 ⇨ UN14
UN10. Vérifier CP2 : Utilise une méthode actuellement ?	OUI, CP2=11 NON, CP2=2.....2	1 ⇨ UN14
UN11. Pensez-vous que vous êtes physiquement capable de tomber enceinte en ce moment ?	OUI1 NON.....2 NSP8	1 ⇨ UN14 8 ⇨ UN14

<p>UN12. Pourquoi pensez-vous que vous n'êtes pas physiquement capable de tomber enceinte ?</p>	<p>RAPPORTS SEXUELS PAS FREQUENTS/ PAS DE RAPPORTS A MENOPAUSEEB N'A JAMAIS EU DE REGLESC HYSTERECTOMIE (UTERUS ENLEVE)..... D ESSAYE DE TOMBER ENCEINTE DEPUIS 2 ANS OU PLUS SANS RESULTATE EN AMENORHEE POSTPARTUMF ALLAITE..... G TROP AGEE H FATALISTE.....I AUTRE (<i>préciser</i>) _____X NSPZ</p>	
<p>UN13. Vérifier UN12 : 'N'a jamais eu de règles' mentionné ?</p>	<p>MENTIONNE, UN12=C.....1 PAS MENTIONNE, UN12≠C2</p>	<p>1 ⇨ Fin 2 ⇨ UN14</p>
<p>UN13A. Avez-vous eu déjà vos règles</p>	<p>OUI1 MENOPAUSEE2 N'AJAMAIS EU DE REGLES3</p>	<p>2 ⇨ Fin 3 ⇨ Fin</p>
<p>UN14. Quand est-ce que vos dernières règles ont commencé ?</p> <p>Enregistrer la réponse en utilisant la même unité que celle donnée par la répondante.</p> <p>Si '1 année', insister: Il y a combien de mois ?</p>	<p>JOURS 1 __ __ SEMAINES..... 2 __ __ MOIS..... 3 __ __ ANNEES 4 __ __ MENOPAUSEE / A EU UNE HYSTERECTOMIE 9 _9_ _3_ AVANT DERNIERE NAISSANCE. 9 _9_ _4_ N'A JAMAIS EU DE REGLES 9 _9_ _5_ </p>	<p>993 ⇨ Fin 994 ⇨ Fin 995 ⇨ Fin</p>
<p>UN15. Vérifier UN14 : Est-ce que les dernières règles ont eu lieu dans la dernière année ?</p>	<p>OUI, DURANT LA DERNIERE ANNEE1 NON, UNE ANNEE OU PLUS.....2</p>	<p>2 ⇨ Fin</p>
<p>UN16. Est-ce qu'il y a eu des activités sociales ou des journées de travail auxquelles vous n'avez pas pu participer à cause de vos dernières règles ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP/PAS SURE/PAS DE TELLES ACTIVITES8</p>	
<p>UN17. Durant vos dernières règles, avez-vous pu vous laver et vous changer en privé pendant que vous étiez chez vous ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	
<p>UN18. Avez-vous utilisé des produits tels que des serviettes hygiéniques, des tampons ou des morceaux de tissus ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	<p>2 ⇨ Fin 8 ⇨ Fin</p>
<p>UN19. Est-ce que ces produits sont réutilisables ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	

OPINIONS SUR LE MARIAGE ET LA FECONDITE

WMF

<p>.WMF1 : Selon vous, quel serait l'âge idéal pour une femme de se marier ?</p>	<p>AGE EN ANNEES..... __ __ NSP..... 98</p>	
<p>WMF2 : Selon vous, quel serait l'âge idéal pour un homme de se marier ?</p>	<p>AGE EN ANNEES..... __ __ NSP..... 98</p>	
<p>WMF3 : Selon vous, quel est le nombre idéal d'enfants qu'un couple doit avoir ?</p> <p><i>Si réponse non numérique (ex, ce que Allah veut,...) essayer d'avoir une estimation.</i></p>	<p>NOMBRE __ __ NSP..... 98</p>	<p>Si 00 ⇒Fin 98 ⇒Fin</p>
<p>WMF4 : Parmi ce nombre d'enfants, combien souhaiteriez-vous de filles, combien souhaiteriez-vous de garçons et combien d'entre eux, le sexe n'aurait pas d'importance ?</p> <p><i>La question est posée aux femmes qui ont donné une réponse numérique à WMF3. Enregistrez le nombre préféré de garçons et de filles dans les cases prévues respectivement sous 'GARÇONS' et 'FILLES'. Si la femme déclare que le sexe de l'enfant n'est pas important pour elle, écrivez le nombre dans les cases sous 'PEU IMPORTE'. Si elle vous donne une autre réponse, encerclez '96' pour 'AUTRE' et écrivez exactement sa réponse dans l'espace prévu.</i></p> <p><i>Enquêtrice : vérifiez la cohérence entre WMF3 et WMF4.</i></p>	<p>FILLES __ __ GARÇONS __ __ PEU IMPORTE __ __ AUTRE _____ 96</p>	

ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
<p>DV1. Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. A votre avis, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>[A] Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>[B] Si elle néglige les enfants ?</p> <p>[C] Si elle se dispute avec lui ?</p> <p>[D] Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>[E] Si elle brûle la nourriture ?</p> <p>[F] Si elle lui manque de respect ?</p> <p>[G] Si elle refuse de lui donner son salaire ?</p> <p>[H] Si elle refuse de quitter son travail ?</p> <p>[I] Si elle manque de respect à ses parents (à lui) ?</p>		OUI	NON	NSP
	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8
	NEGLIGE LES ENFANTS	1	2	8
	SE DISPUTE AVEC LUI	1	2	8
	REFUSE RAPPORT SEXUEL	1	2	8
	BRULE LA NOURRITURE	1	2	8
	MANQUE DE RESPECT	1	2	8
	REFUSE DE LUI DONNER SON SALAIRE	1	2	8
	REFUSE DE QUITTER SON TRAVAIL	1	2	8
	MANQUE DE RESPECT A SES PARENTS	1	2	8

ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE VERBALE DOMESTIQUE		DVV		
<p>DVV1. Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. A votre avis, est-il justifié qu'un mari violente verbalement sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>[A] Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>[B] Si elle néglige les enfants ?</p> <p>[C] Si elle se dispute avec lui ?</p> <p>[D] Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>[E] Si elle brûle la nourriture ?</p> <p>[F] Si elle lui manque de respect ?</p> <p>[G] Si elle refuse de lui donner son salaire ?</p> <p>[H] Si elle refuse de quitter son travail ?</p> <p>[I] Si elle manque de respect à ses parents (à lui) ?</p>		OUI	NON	NSP
	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8
	NEGLIGE LES ENFANTS	1	2	8
	SE DISPUTE AVEC LUI	1	2	8
	REFUSE RAPPORT SEXUEL	1	2	8
	BRULE LA NOURRITURE	1	2	8
	MANQUE DE RESPECT	1	2	8
	REFUSE DE LUI DONNER SON SALAIRE	1	2	8
	REFUSE DE QUITTER SON TRAVAIL	1	2	8
	MANQUE DE RESPECT A SES PARENTS	1	2	8

FONCTIONNEMENT DES ADULTES		AF
AF1. Vérifier WB4 : Age de la répondante ?	15-17 ANS..... 1 18-49 ANS..... 2	1 ⇒ Fin
AF2. Est-ce que vous portez des lunettes de vue ou des lentilles de contact ? <i>Inclure les lunettes pour lire.</i>	OUI 1 NON 2	
AF3. Portez-vous une prothèse auditive/ implant ?	OUI 1 NON 2	
AF4. Je vais maintenant vous poser des questions sur les difficultés que vous pouvez avoir pour faire différentes activités. Pour chaque activité, il y a 4 réponses possibles. SVP, dites-moi si vous avez : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si vous ne pouvez pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories pendant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité.		
AF5. Vérifier AF2 : la répondante porte des lunettes ou des lentilles de contact ?	OUI, AF2=1 1 NON, AF2=2 2	1 ⇒ AF6A 2 ⇒ AF6B
AF6A. Quand vous portez vos lunettes ou vos lentilles de contact, avez-vous des difficultés à voir ? AF6B. Avez-vous des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR 4	
AF7. Vérifier AF3 : la répondante porte une prothèse auditive ?	OUI, AF3=1 1 NON, AF3=2 2	1 ⇒ AF8A 2 ⇒ AF8B
AF8A. Quand vous portez votre prothèse auditive, avez-vous des difficultés à entendre ? AF8B. Avez-vous des difficultés à entendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE..... 4	
AF9. Avez-vous des difficultés à marcher ou à monter les escaliers ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER OU MONTER DES ESCALIERS 4	
AF10. Avez-vous des difficultés à vous souvenir ou à vous concentrer ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SE SOUVENIR OU SE CONCENTRER..... 4	
AF11. Avez-vous des difficultés à prendre soin de vous-même, à vous laver entièrement ou à vous habiller seule ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT PRENDRE SOIN D'ELLE-MEME 4	
AF12. En utilisant votre langage habituel, avez-vous des difficultés à communiquer, par exemple à comprendre ou à vous faire comprendre ?	AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3	

VIH/SIDA		HA
HA1. Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée Sida ?	OUI 1 NON..... 2 REFUS 9	2 ⇨ Fin 9 ⇨ Fin
HA1A : Par quelle source d'information aviez-vous été informé au sujet de cette maladie ?	RADIO A TV B JOURNAUX/REVUES C POSTERS D MOSQUEES..... E ECOLES/ENSEIGNANTS F REUNIONS COMMUNAUTAIRES G AMIS ET PROCHES H LIEU DE TRAVAIL I CLUB DE JEUNES..... J AUTRE (<i>préciser</i>) X	
HA2. A votre avis, peut-on réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
HA3. A votre avis, peut-on contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
HA4. A votre avis, peut-on réduire les risques de contracter le virus Sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
HA5. A votre avis, peut-on contracter le virus du Sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
HA7. Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait en, fait, le virus du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	
HA8. Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son bébé :		
[A] Au cours de la grossesse ?		
[B] Pendant l'accouchement ?		
[C] En l'allaitant ?		
	OUI NON NSP	
	AU COURS DE LA GROSSESSE 1 2 ... 8	
	PENDANT L'ACCOUCHEMENT 1 2 ... 8	
	EN L'ALLAITANT 1 2 ... 8	
HA9. Vérifier HA8[A], [B] et [C]: Au moins un 'Oui' enregistré?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇨ HA11
HA10. Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin peut donner à une femme qui a le VIH pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8	

<p>HA11. Vérifiez CM17: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?</p> <p>Copier le nom de la dernière naissance de l'historique des naissances (CM18) ici et utiliser où indiqué:</p> <p>Nom _____</p>	<p>OUI, CM17=1..... 1</p> <p>NON, CM17 = 0 OU BLANC..... 2</p>	<p>2 ⇨ HA24</p>
<p>HA12. Vérifiez MN2: est allée en consultation prénatale ?</p>	<p>OUI, est allée en consultation MN2=1 1</p> <p>NON, n'est pas allée MN2=2 2</p>	<p>2 ⇨ HA17</p>
<p>HA13. Au cours d'une de ces consultations prénatales pour la grossesse de (nom), avez-vous reçu des informations sur :</p> <p>[A] les bébés qui contractent le VIH par leur mère ?</p> <p>[B] les choses que vous pouvez faire pour éviter de contracter le VIH ?</p> <p>[C] la possibilité de faire un test pour le VIH ?</p> <p>[D] Vous a-t-on proposé de faire un test pour le VIH ?</p>	<p>.....O N NSP</p> <p>VIH PAR LA MERE1 2 8</p> <p>CHOSSES A FAIRE1 2 8</p> <p>TEST DE VIH1 2 8</p> <p>PROPOSE UN TEST.....1 2 8</p>	
<p>HA14. Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous été testée pour le VIH dans le cadre de vos consultations prénatales ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ HA17</p> <p>8 ⇨ HA17</p>
<p>HA15. Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ HA17</p> <p>8 ⇨ HA17</p>
<p>HA16. Après avoir reçu les résultats du test, vous a-t-on donné des informations ou des conseils sur le virus du Sida ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP..... 8</p>	
<p>HA17. Vérifier MN20: Est-ce que l'enfant est né dans une structure de santé ?</p>	<p>OUI, MN20=20-36 1</p> <p>NON, MN20=11-12 OU 96..... 2</p>	<p>2 ⇨ HA21</p>
<p>HA18. Entre le moment où vous êtes arrivée pour l'accouchement et le moment où le bébé est né, vous a-t-on proposé de faire un test de VIH ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	
<p>HA19. Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le VIH à ce moment ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>2 ⇨ HA21</p>
<p>HA20. Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats de ce test ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>1 ⇨ HA22</p> <p>2 ⇨ HA22</p>
<p>HA21. Vérifier HA14 : Est-ce que la répondante a été testée pour le VIH dans le cadre des consultations prénatales ?</p>	<p>OUI, HA14=1..... 1</p> <p>NON OU PAS DE REPONSE, HA14≠1..... 2</p>	<p>2 ⇨ HA24</p>
<p>HA22. Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>1 ⇨ HA25</p>
<p>HA23. Il y a combien de mois que vous avez eu votre test VIH le plus récent ?</p>	<p>IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1</p> <p>IL Y A 12 A 23 MOIS 2</p> <p>IL Y A 2 ANS OU PLUS 3</p>	<p>1 ⇨ HA30</p> <p>2 ⇨ HA30</p> <p>3 ⇨ HA30</p>

HA24. Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà été testée pour le VIH ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇨ HA27
HA25. Il y a combien de mois que vous avez eu votre test VIH le plus récent ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 IL Y A 12 A 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
HA26. Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats de ce test ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	1 ⇨ HA30 2 ⇨ HA30 8 ⇨ HA30
HA27. Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour avoir un test de VIH ?	OUI 1 NON..... 2	
HA30. Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI 1 NON..... 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA31. Pensez-vous que les enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à fréquenter la même école que les enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI 1 NON..... 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA32. Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test de VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat du test est positif ?	OUI 1 NON..... 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA33. Est-ce que les gens parlent en mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	OUI 1 NON..... 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA34. Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	OUI 1 NON..... 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA35. Etes-vous d'accord ou pas d'accord avec la déclaration suivante : J'aurai honte si quelqu'un de ma famille a le VIH.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA36. Avez-vous peur de contracter le VIH si vous entrez en contact avec la salive d'une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON..... 2 DIT QU'ELLE A LE VIH 7 NSP / PAS SURE / ÇA DEPEND 8	
HA37 : A présent, je voudrais vous parler d'autres maladies qui peuvent être transmises sexuellement ? Connaissez-vous d'autres maladies qui peuvent être transmises sexuellement ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8	2 ⇨ Fin 8 ⇨ Fin
HA38 : Quelles sont les maladies que vous connaissez ? <i>Insister :</i> autre maladie ?	Syphilis A Gonorrhée (écoulement) B AUTRES (<i>préciser</i>) X	

SATISFACTION DE VIE
LS

LS1. Je voudrais vous poser quelques questions simples à propos du bonheur et de la satisfaction.

Premièrement, dans l'ensemble, diriez-vous que vous êtes très heureuse, assez heureuse, ni heureuse ni malheureuse, assez malheureuse ou très malheureuse ?

Je vais maintenant vous montrer ces images pour guider vos réponses.

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

TRES HEUREUSE1
 ASSEZ HEUREUSE2
 NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE3
 ASSEZ MALHEUREUSE4
 TRES MALHEUREUSE5

LS2. Montrer l'image de l'échelle

Maintenant, regardez ceci SVP, avec les marches numérotées de 0 tout en bas à 10 tout en haut.

Supposez que nous disions que le haut de l'échelle représente la meilleure vie possible pour vous et le bas de l'échelle, la pire vie possible pour vous.

Sur quelle marche de l'échelle, avez-vous le sentiment de vous tenir en ce moment ?

Insister si nécessaire : Quelle est la marche qui se rapproche le plus de comment vous vous sentez en ce moment ?

MARCHE DE L'ECHELLE |__|__|

LS3. Comparé au même moment l'année dernière, diriez-vous que d'une manière générale, votre vie s'est améliorée, est restée plus ou moins la même ou s'est dégradée ?

AMELIOREE1
 PLUS OU MOINS LA MEME2
 DEGRADEE.....3

LS4. Et dans un an à partir de maintenant, vous attendez-vous à ce que, d'une manière générale, votre vie soit meilleure, soit plus ou moins la même ou soit pire ?

MEILLEURE1
 PLUS OU MOINS LA MEME2
 PIRE3

LS4A. Etes-vous satisfaite de vivre dans votre commune ?

Montrer le côté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Enregistrer la réponse montrée par l'enquêtée.

TRES SATISFAITE1
 ASSEZ SATISFAITE2
 NI SATISFAITE NI INSATISFAITE3
 INSATISFAITE4
 TRES INSATISFAITE5

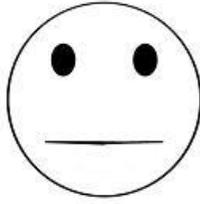
**Très
heureuse**



**Assez
heureuse**



**Ni heureuse ni
malheureuse**



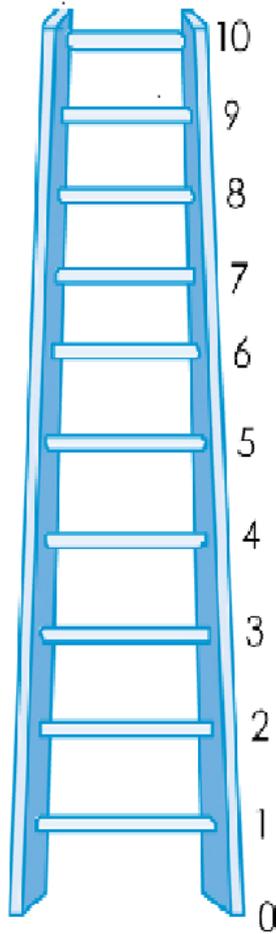
**Assez
malheureuse**



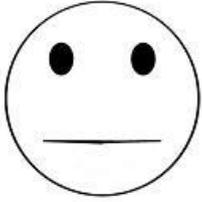
**Très
malheureuse**



Meilleure vie possible



Pire vie possible

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

WM10. Enregistrer l'heure de la fin de l'entretien.	HEURES ET MINUTES..... __ __ : __ __	
WM11. Est-ce que l'interview entière s'est déroulée en privé ou est-ce que quelqu'un était là durant toute ou une partie de l'interview?	<p>OUI, L'INTERVIEW ENTIERE S'EST DEROULEE EN PRIVE 1</p> <p>NON, D'AUTRES ETAIENT PRESENTS DURANT TOUTE L'INTERVIEW (préciser) _____ 2</p> <p>NON, D'AUTRES ETAIENT PRESENTS UNE PARTIE DE L'INTERVIEW (préciser) _____ 3</p>	
<p>WM16. Vérifier colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE :</p> <p>Est-ce que la répondante est la mère ou la gardienne principale d'un enfant de 0-4 ans qui vit dans ce ménage?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier HH26-HH27 dans le QUESTIONNAIRE MÉNAGE : Est-ce qu'il y a un enfant de 5-17 ans sélectionné pour</p> <p style="padding-left: 40px;">le QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Vérifier colonne HL20 LISTE DES MEMBRES DU MENAGE DU QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que la répondante est la mère ou la gardienne principale de l'enfant sélectionné pour le QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS dans ce ménage?</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette répondante.</p> <p style="padding-left: 80px;"><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis terminer l'interview avec cette femme en la remerciant de sa coopération. Vérifier s'il y a un autre questionnaire à administrer dans ce ménage.</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Aller à WM17 dans le PANNEAU D'INFORMATION DE LA FEMME et enregistrer '01'. Puis terminer l'interview avec cette femme en la remerciant de sa coopération. Vérifier s'il y a un autre questionnaire à administrer dans ce ménage.</p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



QUESTIONNAIRE ENFANT MOINS DE 5 ANS

MICS6 ALGERIE, 2018-2019

PANNEAU D'INFORMATION SUR L'ENFANT		UF
UF1. Numéro de grappe : __ __ __ __	UF2. Numéro du ménage: __ __	
UF3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____ __ __	UF4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _____ __ __	
UF5. Nom et code de l'enquêtrice: NOM _____ __ __	UF6. Nom et code du superviseur de l'équipe: NOM _____ __ __	
UF7. Jour / Mois / Année de l'enquête : __ __ __ __ _2_ _0_ _1_ __	UF8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien: HEURES MINUTES __ __ : __ __	

Vérifier l'âge du/de la répondant(e) à HL6 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE :

Si âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview a été obtenu (HH33) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire mais pas obtenu, l'interview ne doit pas commencer et '06' doit être enregistré à UF17. Le/la répondant(e) doit avoir au moins 15 ans.

UF9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage :
Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?

OUI, DEJA INTERVIEWE.....1 1 ⇒ UF10B
NON, PREMIERE INTERVIEW2 2 ⇒ UF10A

UF10A. Bonjour, je m'appelle (**votre Nom**). Nous sommes du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (**Nom de l'Enfant à UF3**). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

UF10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (**Nom de l'Enfant à UF3**). Cette interview prend habituellement 30 minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'enquête, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?

OUI1
NON / PAS DEMANDE2

1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT
2 ⇒ UF17

UF17. Résultat de l'interview de l'enfant de moins de 5 ans

Les codes font référence à la mère/gardien(ne).
Discuter tous les résultats non complets avec votre superviseur.

COMPLETE 01
PAS A LA MAISON 02
REFUS 03
PARTIELLEMENT COMPLETE..... 04
EN INCAPACITE (*préciser*) 05
PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR
MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS 06
AUTRE (*préciser*) 96

QUESTIONNAIRE ENFANT
**MOINS DE
5 ANS**

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le livret de famille et ou extrait de naissance de (nom), son carnet de santé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e)? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être obligatoirement enregistrés	DATE DE NAISSANCE JOUR __ __ NSP JOUR98 MOIS __ __ ANNEE _2_ _0_ _1_ __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0', si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __	
UB3. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH471 REPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4≠HH47 2	2 ⇨ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation préscolaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 1 NON, ED10≠0 OU VIDE 2	1 ⇨ UB8B 2 ⇨ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà assisté à un programme d'éducation préscolaire, tel que la crèche, la maternelle, l'école coranique, le préparatoire,...?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis cette rentrée scolaire (septembre 2018), a t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ UB8A 2 ⇨ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ? UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d'éducation préscolaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI 1 NON 2	
UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	MUTUELLES A SECURITE SOCIALE (CNAS/CAMSSP/CASNOS) C ASSURANCE SOCIALE PRIVEE D AUTRE (préciser) X	

ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		BR
BR1. Est-ce que (<i>nom</i>) a un acte de naissance et/ou inscrit au livret de famille ? <i>Si 'Oui', demander :</i> Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 NON.....3 NSP8	1 ⇨BR4 2 ⇨BR4
	BR2. La naissance de (<i>nom</i>) a-t-elle été enregistrée/déclarée à l'état civil ? OUI1 NON.....2 NSP8	1 ⇨BR4
BR2A : Pourquoi la naissance de (<i>nom</i>) n'a pas été enregistrée/déclarée à l'état civil	ELOIGNEMENT1 NE SAIT PAS OU L'ENREGISTRER2 NE SAVAIT PAS QU'IL FALLAIT L'ENREGISTRER3 AUTRE (<i>préciser</i>)6	1 ⇨Fin 2 ⇨Fin 3 ⇨Fin 6 ⇨Fin
	BR4. Combien de jours après la naissance, (<i>nom</i>) a été déclaré(e) à l'état civil ? <i>Si moins d'une journée, c'est-à-dire le jour de la naissance de (nom) inscrire 00</i>	NOMBRE DE JOURS __ __ NSP98
BR5 : Qui a fait la déclaration ?	PERE 1 MERE 2 AUTRES PARENTS 3 STRUCTURE DE SANTE..... 4 AUTRE (<i>préciser</i>) 6	

DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE		EC																				
<p>EC1. Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (<i>nom</i>) ?</p>	<p>AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES POUR ENFANTS..... _0_ _ 10 LIVRES OU PLUS..... 10</p>																					
<p>EC2. Je voudrais connaître les objets que (<i>nom</i>) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison.</p> <p>Avec quoi (Nom) joue-t-il/elle ? Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>[A] des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ?</p> <p>[B] des jouets achetés d'un magasin (hormis les jeux électroniques) ?</p> <p>[C] des objets du ménage comme la vaisselle, plats, Casseroles, tasses, pots ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, boîtes vides de conserves,...) ?</p> <p>[D] les jeux électroniques</p> <p><i>Si l'enquête (e) dit "Oui" à une des catégories ci-dessus, insistez pour savoir précisément avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse.</i></p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JOUETS FABRIQUES A LA MAISON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JOUETS DE MAGASIN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JEUX ELECTRONIQUES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JOUETS FABRIQUES A LA MAISON	1	2	8	JOUETS DE MAGASIN	1	2	8	OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS	1	2	8	JEUX ELECTRONIQUES	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																			
JOUETS FABRIQUES A LA MAISON	1	2	8																			
JOUETS DE MAGASIN	1	2	8																			
OBJETS DU MENAGE OU DE DEHORS	1	2	8																			
JEUX ELECTRONIQUES	1	2	8																			
<p>EC3. Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants.</p> <p>Au cours de la semaine passée, combien de jours (<i>nom</i>) a-t-il/elle été:</p> <p>[A] laissé seul(e) pour plus d'une heure ?</p> <p>[B] laissé sous la garde d'un autre enfant, c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pour plus d'une heure ?</p> <p>Si 'jamais', enregistrer '0'. Si 'NSP', enregistrer '8'.</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL POUR PLUS D'UNE HEURE __ </p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SOUS LA GARDE D'UN AUTRE ENFANT POUR PLUS D'UNE HEURE __ </p>																					
<p>EC3C. Au cours des sept (07) derniers jours, combien d'heures par jour en moyenne (<i>nom</i>) a passé devant un écran (télévision, ordinateur, tablette,...) ?</p> <p><i>Si moins d'une (01) heure mettre 00</i></p>	<p>NOMBRE D'HEURES LAISSE DEVANT UN ECRAN __ _ NSP 98</p>																					

EC4. Vérifier UB2: Age de l'enfant?	AGE 0 OU 1 AN1 AGE 2, 3 OU 4ANS2	1 ⇒Fin																																			
<p>EC5. Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (nom) à l'une des activités suivantes :</p> <p><i>Si 'Oui', demander :</i> Qui a participé à cette activité avec (nom)? <i>Une mère ou un père adoptif vivant dans le ménage qui a participé avec l'enfant doit être codé comme mère ou père.</i> <i>Enregistrer tout ce qui s'applique.</i> <i>'PERSONNE' ne peut pas être enregistré s'il y a un membre du ménage de plus de 15 ans qui a participé à cette activité avec l'enfant.</i></p> <p>[A] Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?</p> <p>[B] Raconter des histoires à (nom) ?</p> <p>[C] Chanter des chansons à (nom) et ou avec (nom), y compris des berceuses ?</p> <p>[D] Emmener (nom) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?</p> <p>[E] Jouer avec (nom)?</p> <p>[F] Passer du temps avec (nom) à Nommer, à compter et/ ou à dessiner ?</p>	<table border="1" data-bbox="911 719 1297 1310"> <thead> <tr> <th></th> <th>MERE</th> <th>PERE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERSONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>LIRE LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>RACONTER HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>CHANTER CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>JOUER AVEC</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>NOMMER, COMPTER, DESSINER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table>		MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE	LIRE LIVRES	A	B	X	Y	RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y	CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y	PROMENER	A	B	X	Y	JOUER AVEC	A	B	X	Y	NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y	
	MERE	PERE	AUTRE	PERSONNE																																	
LIRE LIVRES	A	B	X	Y																																	
RACONTER HISTOIRES	A	B	X	Y																																	
CHANTER CHANSONS	A	B	X	Y																																	
PROMENER	A	B	X	Y																																	
JOUER AVEC	A	B	X	Y																																	
NOMMER, COMPTER, DESSINER	A	B	X	Y																																	
EC5G. Vérifier UB2: âge de l'enfant ?	2 ANS1 3 OU 4 ANS2	1 ⇒Fin																																			
<p>EC6. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant.</p> <p>Est-ce que (nom) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				
<p>EC7. Est-ce que (nom) peut lire au moins 4 mots simples et courants ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				
<p>EC8. Est-ce que (nom) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>																																				

<p>EC9. Est-ce que (nom) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, tel un bâton ou un caillou?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC10. Est-ce qu'il arrive parfois que (nom)soit trop malade pour jouer ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC11. Est-ce que (nom) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC12. Quand on donne quelque chose à faire à (nom) est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC13. Est-ce que (nom) s'entend bien avec les autres enfants ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC14. Est-ce que (nom) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	
<p>EC15. Est-ce que (nom) est facilement distrait ?</p>	<p>OUI1 NON.....2 NSP8</p>	

DISCIPLINE DE L'ENFANT		UCD
UCD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0 AN..... 1 1, 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇒ Fin
<p>UCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Les adultes utilisent certains moyens pour enseigner à leurs enfants la façon de se comporter ou de se conduire correctement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées et je voudrais que vous me disiez si vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage les a utilisées avec (<i>Nom</i>) au cours du mois dernier ?</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (<i>nom</i>) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison. [B] Expliquer à (<i>Nom</i>) pourquoi sa conduite était incorrecte [C] (Le/la) secouer. [D] Lui crier après, hurler sur lui/elle [E] Lui donner quelque chose d'autre à faire. [F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues. [G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres parties du corps avec une ceinture, un bâton ou autres objets durs. [H] (Le/la) traiter d'idiote, de paresseux ou d'un autre attribut humiliant. [I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles. [J] (Le/la) frapper ou (le/la) taper sur les mains, les bras ou les jambes. [K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPER A MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BROSSES, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOTE, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER/GIFLER SUR LE VISAGE, TETE OU OREILLES 1 2</p> <p>FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRAS OU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE 1 2</p>	
UCD3. Vérifier UF4: Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans ou d'un enfant de 5-14 ans sélectionné pour le questionnaire enfant de 5-17 ans ?	OUI 1 NON..... 2	2 ⇒ UCD5
UCD4. Vérifier UF4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI 1 NON..... 2	1 ⇒ Fin
UCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION..... 8	

ACCIDENT	UAC	
<p>UAC1. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Comme vous le savez les enfants sont parfois victimes d'accidents graves divers,...</p> <p>Est-ce que (nom) a-été victime d'un accident grave, à n'importe quel moment par le passé n'importe où ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p>	<p>2 ⇒Fin</p>
<p>UAC2 : Quel genre d'accident (nom) a eu ?</p> <p>SVP, si (nom) a été victime de plus d'un accident grave (Allah yahfedh), citez moi le plus récent</p>	<p>BRULURE1</p> <p>BLESSURE2</p> <p>FRACTURE/ ENTORSE3</p> <p>SUFFOCATION.....4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>UAC3 : Quel âge avait (nom) au moment (type d'accident grave le plus récent cité à UAC2) ?</p>	<p>AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __ </p>	
<p>UAC4 : Quelle est l'origine de cet accident ?</p>	<p>CHUTE01</p> <p>INCENDIE, EXPLOSION02</p> <p>BAGARRE03</p> <p>ACCIDENT DE CIRCULATION04</p> <p>CORRECTION DES PARENTS.....05</p> <p>INTOXICATION (MEDICAMENTS, PRODUITS MENAGERS,..)06</p> <p>NOYADES07</p> <p>MORSURES PAR ANIMAUX08</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	
<p>UAC5 : Où s'est produit cet accident ?</p>	<p>A DOMICILE1</p> <p>DANS L'ECOLE2</p> <p>DANS LA RUE3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>UAC6 : Où a-t-on emmener (nom)?</p>	<p>DOMICILE</p> <p>DOMICILE.....11</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU.....20</p> <p>HOPITAL (EHS/EH/EPH)21</p> <p>POLYCLINIQUE22</p> <p>SALLE DE SOINS24</p> <p>AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>).....26</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVEE32</p> <p>CABINET PRIVE.....34</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>)36</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>20 ⇒Fin</p> <p>21 ⇒Fin</p> <p>22 ⇒Fin</p> <p>24 ⇒Fin</p> <p>26 ⇒Fin</p> <p>32 ⇒Fin</p> <p>34 ⇒Fin</p> <p>36 ⇒Fin</p> <p>96 ⇒Fin</p>
<p>UAC7 : Pourquoi (nom) n'a pas été soigné à l'hôpital ou auprès d'un médecin ?</p>	<p>ELOIGNEMENT1</p> <p>COUT ELEVE2</p> <p>JUGE INUTILE3</p> <p>L'ENQUETEE A DE L'EXPERIENCE4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		UCF
UCF1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ Fin
UCF2. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que votre enfant peut avoir : (Nom) porte-t-il/elle des lunettes ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF3. (Nom) utilise-t-il/elle une prothèse auditive/ implant?	OUI..... 1 NON 2	
UCF4. (Nom) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit t-il/elle de l'assistance pour marcher ?	OUI..... 1 NON 2	
UCF5. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre réponses possibles. Pour chaque question diriez-vous que (nom) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous que les 4 réponses possibles sont Diriez-vous que (nom) a : 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité ?		
UCF6. Vérifier UCF2: Enfant porte des lunettes ?	OUI, UCF2=1 1 NON, UCF2=2..... 2	1 ⇨ UCF7A 2 ⇨ UCF7B
UCF7A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes, (nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ? UCF7B. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR 4	
UCF8. Vérifier UCF3: Enfant porte une prothèse auditive ?	OUI, UCF3=1 1 NON, UCF3=2..... 2	1 ⇨ UCF9A 2 ⇨ UCF9B
UCF9A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive, (nom) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ? UCF9B. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?	AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE..... 4	
UCF10. Vérifier UCF4: Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?	OUI, UCF4=1 1 NON, UCF4=2..... 2	1 ⇨ UCF11 2 ⇨ UCF13
UCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (nom) a-t-il /elle des difficultés à marcher ?	QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4	

<p>UCF12. Avec son équipement ou assistance, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	<p>1 ⇨UCF14 2 ⇨UCF14 3 ⇨UCF14 4 ⇨UCF14</p>
<p>UCF13. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il/elle des difficultés à marcher ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER..... 4</p>	
<p>UCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à saisir des petits objets avec sa main ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT SAISIR 4</p>	
<p>UCF15. (<i>Nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à vous comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT COMPRENDRE..... 4</p>	
<p>UCF16. Lorsque (<i>nom</i>) parle, avez-vous des difficultés à le/la comprendre ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS 4</p>	
<p>UCF17. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE 4</p>	
<p>UCF18. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à jouer ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE..... 1 QUELQUES DIFFICULTES 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES 3 NE PEUT PAS DU TOUT JOUER..... 4</p>	
<p>UCF19. La prochaine question a 5 options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.</p> <p>Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) donne-t-il/elle des coups de pied, mord-il/elle ou frappe-t-il/elle les autres enfants ou les adultes?</p> <p>Diriez-vous : pas du tout, moins, la même chose, plus ou beaucoup plus ?</p>	<p>PAS DU TOUT 1 MOINS 2 LA MEME CHOSE 3 PLUS..... 4 BEAUCOUP PLUS 5</p>	

ALLAITEMENT ET APPORT ALIMENTAIRE		BD
BD1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2	2 ⇨ Fin
BD2. Est-ce que (nom) a été allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇨ BD3A 8 ⇨ BD3A
BD3. Est-ce que (nom) est toujours allaité ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	1 ⇨ BD3A
BD3B. A quel âge (nom) a-t-il/elle été sevré ?	AGE EN MOIS __ __ NSP 98	
BD3C. (nom) a-t-il/elle été sevré soudainement ou progressivement ?	SOUDAINEMENT 1 PROGRESSIVEMENT 2 NSP 8	
BD3D. pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (nom) à cet âge ?	ENFANT A ATTEINT L'AGE DE SEVRAGE 01 ENFANT A REFUSE LE SEIN 02 MERE DEVENUE MALADE 03 PAS DE LAIT/INSUFFISANT 04 MERE TOMBEE ENCEINTE 05 MERE DESIRAIT CONTRACEPTION 06 AUTRE (préciser) 96	
BD3A. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?	AGE 0 OU 1 AN 1 AGE 2 ANS 2	2 ⇨ Fin
BD4. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu quelque chose au biberon ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD5. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu des Sels de Réhydratation Orale ou SRO ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
BD6. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu ou mangé des vitamines ou des suppléments minéraux ou n'importe quel médicament ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

		OUI	NON	NSP
BD7. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur les autres liquides que (nom) pourrait avoir pris hier durant le jour ou la nuit. SVP, inclure aussi tous les liquides consommés en dehors de la maison. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (nom) a bu (nom du breuvage) :				
[A] De l'eau simple ?	EAU SIMPLE	1	2	8
[B] Jus de fruits ou boissons à base de jus de fruits ?	JUS OU BOISSON A BASE DE JUS	1	2	8
[C] Bouillon?	BOUILLON CLAIR	1	2	8
[D] Une préparation pour bébé/lait maternisé vendu en commerce ?	PREPARATION POUR BEBE/LAIT MATERNISE	1	2 \surd	8 \surd
[D1] Combien de fois (nom) a-t-il bu la préparation pour bébé/lait maternisé ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU LA PREPARATION POUR BEBE/LAIT MATERNISE __			
[E] Du lait d'animal, qu'il soit frais en boîte ou en poudre ?	LAIT	1	2 \surd	8 \surd
[E1] Combien de fois (nom) a-t-il bu du lait <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU DU LAIT __			
[F] Du yaourt liquide/à boire?	YAOURT LIQUIDE	1	2 \surd BD7[X J	8 \surd BD7[X]
[F1] Combien de fois (nom) a-t-il/elle bu du yaourt liquide /à boire? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i> <i>Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS BU YAOURT LIQUIDE __			
[X] N'importe quels autres liquides ?	AUTRES LIQUIDES	1	2 \surd	8 \surd
[X1] Enregistrer tous les autres liquides mentionnés.	(Préciser) _____			
BD8. Maintenant je voudrais vous poser des questions sur <u>tout</u> ce que (nom) a mangé hier durant le jour et la nuit. SVP, incluez la nourriture consommée en dehors de votre maison. - Pensez au moment où (nom) s'est réveillé(e) hier. Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Si 'Oui' demander: SVP, dites-moi tout ce que (nom) a mangé à ce moment-là. Insister : Rien d'autre ? Enregistrer les réponses en utilisant les groupes d'aliments ci-dessous.</i> - Qu'est-ce que (nom) a fait après cela ? Est-ce qu'il/elle a mangé quelque chose à ce moment-là ? <i>Répéter cette série de questions, enregistrer les réponses dans les groupes d'aliments jusqu'à ce que le/la répondant(e) vous dise que l'enfant est allé dormir jusqu'au lendemain matin.</i>				
<i>Pour chaque groupe d'aliments non mentionné après avoir fini la question au-dessus, demander : Juste pour être sûre, est-ce que (nom) a mangé (groupe d'aliments) hier durant le jour ou la nuit ?</i>		OUI	NON	NSP
[A] Du yaourt ? <i>Noter que yaourt liquide /à boire doit être capturé à BD7[F]</i>	YAOURT	1	2 \surd	8 \surd
			BD8[B]	BD8[B]

[A1] Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé du yaourt ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'. Si NSP, enregistrer '8'.</i>	NOMBRE DE FOIS MANGE YAOURT __			
[B] De la nourriture pour bébé telle que comme Blédina, Cérélac, Nestlé, Biomil,.... ?	NOURRITURE FORTIFIEE POUR BEBE	1	2	8
[C] Du pain, riz, pâtes, aâssida, ou autres aliments à base de céréales ?	NOURRITURE A BASE DE CEREALES	1	2	8
[D] Courge, carotte, citrouille, patate douce quisont jaune ou orange à l'intérieur ?	COURGE, CAROTTE, CITROUILLE, ETC.	1	2	8
[E] Des pommes de terre, topinambour, ou autre nourriture à base de tubercules ?	NOURRITURE A BASE DE TUBERCULES	1	2	8
[F] N'importe quels légumes à feuilles vert foncé comme le chou, les épinards, , choux, ...?	LEGUMES A FEUILLES VERT FONCE	1	2	8
[G] Figues, pommes, poires,... (fruits locaux riches en Vitamine A)?	FIGUES, POMMES, POIRES	1	2	8
[H] Tout autre fruit et légume, comme les oranges, les bananes, les tomates, les haricots verts, les oignons, les laitues, artichauts, petits pois, truffes,....?	AUTRE FRUITS OU LEGUMES	1	2	8
[I] Du foie, des rognons, du cœur ou autres abats ?	ABATS	1	2	8
[J] Toute autre viande comme du bœuf, de l'agneau, de la chèvre, du poulet, du canard, de la dinde, du lapin, du chameau, ... ?	AUTRES VIANDES	1	2	8
[K] Des œufs?	OEUFS	1	2	8
[L] Du poisson ou des crustacés, frais ou séchés ?	POISSON FRAIS OU SECHE	1	2	8
[M] Des haricots, petits pois, lentilles ou noix (arachides, amandes, etc.) y compris toute préparation faite avec ces aliments ?	NOURRITURES A BASE DE HARICOTS, POIS, NOIX, ETC.	1	2	8
[N] Du fromage ou autre aliment fait avec du lait animal ?	FROMAGE OU AUTRE ALIMENT A BASE DE LAIT	1	2	8
[X] Autre aliment solide, semi-solide ou mou ?	AUTRE ALIMENT SOLIDE, SEMI-SOLIDE OU MOU	1	2 ∅ BD9	8 ∅ BD9
[X1] <i>Enregistrer tous les aliments solides, semi-solides ou mous qui ne correspondent pas aux groupes d'aliments ci-dessus.</i>	(Préciser) _____			
BD9. Combien de fois (nom) a t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou mou hier durant le jour et la nuit ? <i>Si BD8 [A] est 'Oui', s'assurer que les réponses ici incluent le nombre de fois enregistré pour le yaourt en BD8[A1].</i> <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	NOMBRE DE FOIS __ NSP 8			

VACCINATIONS										IM
IM1. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?		0, 1, OU 2 ANS1 3 OU 4 ANS2							2 ⇒ Fin	
IM2. Avez-vous un carnet de santé où les vaccinations de (<i>nom</i>) sont enregistrées?		OUI, A UN CARNET1 NON, N'A PAS DE CARNET4							1 ⇒ IM5	
IM3. Avez-vous déjà eu un carnet de santé/de vaccinations pour (<i>nom</i>)?		OUI1 NON2							1 ⇒ IM11 2 ⇒ IM11	
IM5. Puis-je voir le carnet de santé de (<i>nom</i>) ?		CARNET VU1 CARNET NON VU4							4 ⇒ IM11	
IM6. (a) Copier les dates de chaque vaccination à partir de la/le carte/carnet. (b) Ecrire '44' dans la colonne jour si la/le carte/carnet montre que la vaccination a été donnée mais la date n'est pas enregistrée y compris la vitamine D.		DATE DE VACCINATION								
		JOUR		MOIS		ANNEE				
BCG	à la naissance					2	0	1		
Polio (VPO)	à la naissance					2	0	1		
Anti hépatite B (HVB)	à la naissance					2	0	1		
DTC Hib HVB 1	2 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 1	2 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	2 mois					2	0	1		
Polio (VPI)	3 mois					2	0	1		
DTC Hib HVB 2	4 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 2	4 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	4 mois					2	0	1		
Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux (ROR)	11 mois					2	0	1		
DTC Hib HVB 3	12 mois					2	0	1		
Polio (VPO) 3	12 mois					2	0	1		
Anti Pneumocoque (1 semaine après)	12 mois					2	0	1		
Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux (ROR)	18 mois					2	0	1		
Vitamine D3	1 mois					2	0	1		
Vitamine D3	6 mois					2	0	1		
IM7. Vérifier IM6 : Tous les vaccins (BCG à Anti rougeoleux, anti ourlien, anti rubéoleux-ROR 18 mois) enregistrés ?		OUI1 NON2							1 ⇒ Fin	

IM9. En plus de ce qui est enregistré dans le document que vous nous avez montré, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations y compris la vitamine D ?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM10. Retourner à IM6 et insister pour ces vaccinations. <i>Enregistrer '66' dans la colonne jour correspondante pour chaque vaccin reçu.</i> <i>Pour les vaccinations <u>pas</u> reçues, enregistrer '00'.</i> <i>Quand <u>c'est fait</u>, aller à la fin du module.</i>		⇒Fin
IM11. Est-ce que (nom) a déjà reçu des vaccinations pour l'empêcher d'attraper des maladies, y compris des vaccinations reçues pendant des campagnes de vaccination de rattrapage?	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒Fin 8 ⇒Fin
IM14. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose – c'est-à-dire une injection faite dans le bras ou l'épaule et qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI1 NON2 NSP8	
IM15. Est-ce que (nom) a déjà reçu un vaccin contre l'hépatite B – une injection à la cuisse pour lui éviter de contracter l'Hépatite B dans les 24 h après sa naissance ?	OUI, DANS LES 24 HEURES1 OUI, MAIS PAS DANS LES 24 HEURES2 NON3 NSP8	
IM16. Est-ce que (nom) a déjà reçu un vaccin sous forme de gouttes dans la bouche pour le/la protéger contre la polio ? <i>Insister en indiquant que la première goutte est généralement donnée à la naissance et les autres en même temps que des injections contre d'autres maladies.</i>	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒IM20 8 ⇒IM20
IM17. Est-ce que les premières gouttes de Polio ont été données dans les 2 premières semaines après la naissance ?	OUI1 NON2 NSP8	
IM18. Combien de fois les gouttes de Polio ont été données ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP8	
IM19. En plus des gouttes contre la Polio, est-ce que (nom) a également reçu une injection pour le/la protéger contre la Polio ? <i>Insister pour s'assurer que les deux, gouttes et injection, ont été données.</i>	OUI1 NON2 NSP8	
IM20. Est-ce que (nom) a déjà reçu le vaccin DTC-HIB-HBV – c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper le tétanos, la coqueluche, la diphtérie, l'hépatite B et l'Haemophilus influenzae de type b? <i>Insister en indiquant que le vaccin Pentavalent est parfois donné en même temps que les gouttes de Polio.</i>	OUI1 NON2 NSP8	2 ⇒IM22 8 ⇒IM22
IM21. Combien de fois le vaccin DTC-HIB-HBV a été donné ?	NOMBRE DE FOIS __ NSP8	

<p>IM22. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin Anti pneumococcique c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour l'empêcher d'attraper une maladie qui s'appelle pneumococcique, y compris les infections d'oreille et la méningite causée par le pneumocoque?</p> <p><i>Insister en indiquant que le vaccin anti pneumocoque est donné une semaine après le DTCHIBPCV est parfois donné en même temps que le Pentavalent</i></p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	<p>2 ⇨IM26 8 ⇨IM26</p>
<p>IM23. Combien de fois le vaccin Anti pneumococcique Conjugué PCV a été donné ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS __ NSP8</p>	
<p>IM26. Est-ce que (<i>nom</i>) a déjà reçu le vaccin ROR– c'est-à-dire une injection dans le bras/cuisse à l'âge de 11 mois ou plus pour l'empêcher d'attraper la rougeole, les oreillons et la rubéole ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	
<p>IM29. Est-ce que (<i>nom</i>) a reçu <u>au moins</u> une dose de Vitamine D dans <u>les six mois</u> qui ont suivi sa naissance ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	

TRAITEMENT DES MALADIES		CA
<p>CA1. Est-ce que (<i>nom</i>) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA14 8 ⇨CA14</p>
<p>CA2. Vérifier BD3: Est-ce que l'enfant est toujours allaité ?</p>	<p>OUI OU BLANC, BD3=1 OU BLANC 1 NON OU NSP, BD3=2 OU 8..... 2</p>	<p>1 ⇨CA3A 2 ⇨CA3B</p>
<p>CA3A. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut le lait maternel, les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 A PEU PRES LA MEME CHOSE..... 3 PLUS 4 RIEN A BOIRE..... 5 NSP 8</p>	
<p>CA3B. Je voudrais savoir quelle quantité de liquides à boire a été donnée à (<i>nom</i>) durant sa diarrhée. Ceci inclut les Sels de Réhydratation Orale (SRO) et les autres liquides donnés avec des médicaments.</p> <p>Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à boire que d'habitude, ou un peu moins à boire que d'habitude ?</p>		
<p>CA4. Pendant que (<i>nom</i>) avait la diarrhée, a-t-il/elle reçu à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p><i>Si 'moins', insister:</i> Est-ce qu'il/elle a reçu beaucoup moins à manger que d'habitude, ou un peu moins à manger que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MEME QUANTITE 3 PLUS 4 RIEN..... 5 N'A PAS ATTEINT L'AGE POUR MANGER 7 NSP 8</p>	
<p>CA5. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement contre la diarrhée de n'importe quelle source ?</p>	<p>OUI 1 NON..... 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA7 8 ⇨CA7</p>

<p>CA6. Où avez-vous demandé ou cherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister : quelque part d'autre?</i></p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA7. Quand (<i>nom</i>) a eu la diarrhée est-ce qu'il a eu:</p> <p>[A] Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO (Sel de Réhydratation Orale</p> <p>[D] Solution sucrée salée préparée à la maison ?</p>	<p style="text-align: right;">O N NSP</p> <p>SACHET DE SRO 1 2 8</p> <p>SOLUTION SUCREE SALEE..... 1 2 8</p>	
<p>CA8. Vérifier CA7[A] et CA7[D]: Est-ce que l'enfant a reçu n'importe quel type de SRO ?</p>	<p>OUI, OUI EN CA7[A] OU CA7[D]..... 1</p> <p>NON, 'NON' OU 'NSP' A CA7 [A] ET CA7 [D] 2</p>	<p>2 ⇨ CA12</p>
<p>CA9. Où avez-vous eu le (SRO mentionné en CA7[A] et/ou en CA7[D])?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) _____ H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) _____ O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X NSP / NE SE RAPPELLE PAS..... Z</p>	
<p>CA12. Est-ce que quelque chose d'autre a été donnée pour traiter la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA14</p> <p>8 ⇨ CA14</p>

<p>CA13. Qu'est-ce qui a été donné en plus pour traiter la diarrhée ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><i>Enregistrer tous les traitements donnés. Ecrire le nom/marque de tous les médicaments donnés.</i></p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(Nom/marque)</p>	<p>COMPRIMES OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUEA</p> <p>ANTIMOTILITE (ANTI-DIARRHEIQUE) .. B</p> <p>PANSEMENT INTESTINAL.....D</p> <p style="text-align: center;">AUTRE (<i>précisez</i>) _____ G</p> <p>COMPRIME OU SIROP INCONNUH</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE L</p> <p>NON ANTIBIOTIQUEM</p> <p>INJECTION INCONNUE.....N</p> <p>INTRAVEINEUSE (IV) O</p> <p>REMEDE MAISON/ HERBE MEDICINALE Q</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CA14. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu de la fièvre?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA16. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une maladie avec de la toux ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	
<p>CA17. A n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines, est-ce que (nom) a eu une respiration courtes et rapide, et ou des difficultés à respirer ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA19</p> <p>8 ⇨CA19</p>
<p>CA18. La respiration rapide ou les difficultés respiratoires étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?</p>	<p>PROBLEMES DE BRONCHES SEULEMENT 1</p> <p>NEZ BOUCHE OU QUI COULAIT SEULEMENT 2</p> <p>LES DEUX 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 6</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇨CA20</p> <p>2 ⇨CA20</p> <p>3 ⇨CA20</p> <p>6 ⇨CA20</p> <p>8 ⇨CA20</p>
<p>CA19. Vérifier CA14: est-ce que l'enfant a eu de la fièvre ?</p>	<p>OUI, CA14=1 1</p> <p>NON OU NSP, CA14=2 OU 8 2</p>	<p>2 ⇨CA30</p>
<p>CA20. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie quelque part ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇨CA22</p> <p>8 ⇨CA22</p>

<p>CA21. Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p><i>Insister:</i> Quelque part d'autre ?</p> <p>Enregistrer tous les fournisseurs mentionnés mais ne pas faire de suggestions.</p> <p>Insister pour identifier chaque type de fournisseur.</p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA22. A n'importe quel moment de sa maladie, est-ce que (nom) a reçu un médicament pour cette maladie ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>2 ⇨ CA30 8 ⇨ CA30</p>
<p>CA23. Quel médicament (nom) a t-il/elle reçu ?</p> <p><i>Insister:</i> Rien d'autre ?</p> <p><u>Si impossible de déterminer le type de médicament, noter le nom / la marque et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p> <p>_____</p> <p>(Nom/marque)</p>	<p>ANTIBIOTIQUES AMOXICILLINE L COTRIMOXAZOLE M AUTRES COMPRIMES OU SIROP ANTIBIOTIQUE N AUTRE INJECTION/ ANTIBIOTIQUE O</p> <p>AUTRE MEDICAMENTS PARACETAMOL / PANADOL / ACETAMINONPHEN R ASPIRINE S ANTI-INFLAMMATOIRE/IBUPROFEN ... T</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP Z</p>	
<p>CA24. Vérifier CA23: Antibiotiques mentionnés ?</p>	<p>OUI, ANTIBIOTIQUES MENTIONNES, CA23=L - O 1 NON, ANTIBIOTIQUES PAS MENTIONNES 2</p>	<p>2 ⇨ CA30</p>

<p>CA25. Où avez-vous obtenu (<i>nom du médicament de CA23, codes L à O</i>) ?</p> <p><i>Insister pour identifier le type de source.</i></p> <p><i>Si 'l'avait déjà à la maison', insister pour savoir si la source est connue.</i></p> <p><u>Si ce n'est pas possible de déterminer si l'endroit appartient au secteur public ou privé, inscrire le nom de l'endroit et enregistrer temporairement X jusqu'à trouver la catégorie appropriée pour la réponse.</u></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL (EPH/EH/CHU/EHU/EHS) A POLYCLINIQUE B SALLE DE SOINS C AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) H</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE PRIVEE..... I MEDECIN PRIVE (CABINET)..... J PHARMACIE PRIVEE..... K AUTRE PRIVE (<i>préciser</i>) O</p> <p>AUTRE SOURCE PARENT(S)/AMI(S) P PRATICIEN TRADITIONNEL..... R</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) X NSP / NE SE RAPPELLE PAS Z</p>	
<p>CA30. Vérifier UB2: Age de l'enfant ?</p>	<p>0, 1 OU 2 ANS 1 3 OU 4 ANS 2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>
<p>CA31. La dernière fois que (<i>nom</i>) a déféqué, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISE LES TOILETTES / LATRINES 01 MIS/JETE/RINCE DANS LES TOILETTES / LATRINES 02 MIS/JETE/RINCE DANS L'EGOUT OU RIGOLE 03 JETE DANS LES ORDURES (DECHETS SOLIDES) 04 ENTERRE 05 LAISSE A L'AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96 NSP 98</p>	
<p>UF11. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES __ __ : __ __ </p>	
<p>UF16. Dire au/à la répondant(e) que vous devez mesurer et peser l'enfant avant de partir du ménage et qu'un(e) collègue viendra s'en occuper avec vous. Préparer la FICHE DU MODULE ANTHROPOMETRIE pour cet enfant et compléter le panneau d'information sur cette fiche.</p> <p>Vérifier les colonnes HL10 et HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondante est la mère/gardien(ne) d'un <u>autre</u> enfant de 0-4 ans vivant dans ce ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au prochain QUESTIONNAIRE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS à administrer à le/la même répondant(e).</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier HL6 et colonne HL20 dans la LISTE DES MEMBRES DU MENAGE, QUESTIONNAIRE MENAGE : Est-ce que le/la répondant(e) est la mère/gardien(ne) d'un enfant de 5-17 ans sélectionné pour le Questionnaire Enfant de 5-17 ans dans ce ménage?</p> <p><input type="checkbox"/> OUI ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANT DE 5-17 ANS à administrer à le/la même répondante.</p> <p><input type="checkbox"/> NON ⇒ Aller à UF17 dans le PANNEAU D'INFORMATION MOINS DE 5 ANS et enregistrer '01'. Puis finir l'interview avec ce/cette répondant(e) en le/la remerciant pour sa coopération. Vérifier s'il y a d'autres questionnaires à administrer dans ce ménage.</p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

PANNEAU D'INFORMATION MODULE ANTHROPOMETRIE		AN
AN1. Numéro de grappe : _ _ _ _ _	AN2. Numéro du ménage: _ _ _	
AN3. Prénom et numéro de ligne de l'enfant : PRENOM _ _ _ _ _	AN4. Age de l'enfant à UB2: AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... _ _	
AN5. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM _ _ _ _ _	AN6. Nom et numéro de l'enquêtrice : NOM _ _ _ _ _	

ANTHROPOMETRIE		
AN7. Nom et numéro du mesureur :	NOM _ _ _ _ _	
AN8. Enregistrer le résultat de la mesure du poids tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	KILOGRAMMES (KG) _ _ _ , _ _ ENFANT PAS PRESENT 99.3 ENFANT REFUSE 99.4 REPONDANTE REFUSE 99.5 AUTRE (préciser) 99.6	99.3 ⇨ AN13 99.4 ⇨ AN10 99.5 ⇨ AN10 99.6 ⇨ AN10
AN9. Est-ce que l'enfant a été déshabillé jusqu'au minimum?	OUI 1 NON, L'ENFANT N'A PAS PU ETRE DESHABILLE AU MINIMUM 2	
AN10. Vérifier AN4: Age de l'enfant ?	0 OU 1 AN 1 2, 3 OU 4 ANS 2	1 ⇨ AN11A 2 ⇨ AN11B
AN11A. L'enfant a moins de 2 ans et doit être mesuré couché. Enregistrer le résultat de la mesure de la longueur tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>	TAILLE (CM) _ _ _ _ , _ _ ENFANT REFUSE 999.4 REPONDANTE REFUSE 999.5 AUTRE (préciser) 999.6	999.4 ⇨ AN13 999.5 ⇨ AN13 999.6 ⇨ AN13
AN11B. L'enfant a au moins 2 ans et doit être mesuré debout. Enregistrer le résultat de la mesure de la taille tel que lu à haute voix par le mesureur : <i>Redire au mesureur la mesure et s'assurer qu'il/elle a bien vérifié votre enregistrement.</i>		
AN12. Comment est-ce que l'enfant a été mesuré ? Couché ou debout?	COUCHE 1 DEBOUT 2	
AN13. Date d'aujourd'hui : Jour/ Mois / Année: _ _ _ _ _ _ _ _ _2_ _0_ _1_ _ _		
AN14. Est-ce qu'il y a un autre enfant de moins de 5 ans dans ce ménage qui n'a pas encore été mesuré ?	OUI 1 NON 2	1 ⇨ Enfant suivant
AN15. Remercier la répondante pour sa coopération et informer votre chef d'équipe que le mesureur et vous, avez fini toutes les mesures de ce ménage.		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

OBSERVATIONS DU MESUREUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR SUR LE MODULE ANTHROPOMETRIE

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIERE



QUESTIONNAIRE ENFANT 5 - 17ANS

MICS6 ALGERIE, 2018-2019

PANNEAU D'INFORMATION ENFANT DE 5-17 ANS		FS
FS1. Numéro de grappe : _ _ _ _	FS2. Numéro du ménage:..... _ _ _	
FS3. Nom et numéro de ligne de l'enfant : NOM _____ _ _ _	FS4. Nom et numéro de ligne de la mère / gardien(ne) : NOM..... _ _ _	
FS5. Nom et code de l'enquêtrice: NOM _____ _ _ _	FS6. Nom et code du superviseur de l'équipe: NOM..... _ _ _	
FS7. Jour / Mois / Année de l'enquête : _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _2_ _0_ _1_ _ _	FS8. Enregistrer l'heure de début de l'entretien:	HEURES : MINUTES _ _ _ : _ _ _

Vérifier l'âge du répondant dans HL6 dans la Liste des membres du ménage du Questionnaire Ménage : Si l'âge est de 15-17 ans, vérifier que le consentement d'un adulte pour l'interview est obtenu (HH33) ou pas nécessaire (HL20=90). Si le consentement est nécessaire et pas obtenu, l'interview ne doit pas commencer et '06' doit être encadré à FS17. Le répondant doit avoir au moins 15 ans. Dans les très rares cas où l'enfant de 15-17 ans n'a ni mère ni gardien(ne) principal(e) identifié(e) dans le ménage (HL20=90), le répondant sera l'enfant lui/elle-même.

FS9. Vérifier les questionnaires complétés dans ce ménage : Avez-vous ou un autre membre de votre équipe déjà interviewé ce répondant sur un autre questionnaire ?	OUI, DEJA INTERVIEWE.....1 NON, PREMIERE INTERVIEW..... 2	1 ⇒ FS10B 2 ⇒ FS10A
FS10A. Bonjour, je m'appelle (votre nom). Nous sommes du Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière. Nous menons une enquête sur la situation des enfants, des familles et des ménages. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (nom de l'Enfant à FS3). Cet entretien prend habituellement une dizaine de minutes. Toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	FS10B. Je voudrais parler avec vous de la santé et du bien-être de (nom de l'Enfant à FS3). Cet entretien prend habituellement une dizaine de minutes. Une fois de plus, toutes les informations que nous obtiendrons resteront strictement confidentielles et anonymes. Si vous ne voulez pas répondre à une question ou voulez stopper l'entretien, merci de me le faire savoir. Puis-je commencer maintenant ?	
Oui.....1 NON / PAS DEMANDE2	1 ⇒ Module CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT 2 ⇒ FS17	

FS17. Résultat de l'interview de l'enfant 5-17 ans les codes font référence au répondant. Discuter tous les résultats incomplets avec votre superviseur.	COMPLETE 01 PAS A LA MAISON 02 REFUS..... 03 PARTIELLEMENT COMPLETE 04 EN INCAPACITE (<i>préciser</i>) 05 PAS DE CONSENTEMENT D'UN ADULTE POUR MERE/GARDIEN(NE) DE 15-17 ANS 06 AUTRE (<i>préciser</i>) 96
--	---

QUESTIONNAIRE
ENFANT 5-17 ANS

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT.....		CB
CB1. Vérifier le numéro de ligne du répondant (FS4) dans le PANNEAU D'INFORMATION DE L'ENFANT DE 5-17 ANS et du répondant au QUESTIONNAIRE MENAGE (HH47):	FS4=HH47..... 1 FS4≠HH47..... 2	1 ⇨ CB1 1
CB2. En quel mois et quelle année est né (nom)? <i>Mois et année doivent être enregistrés.</i>	DATE DE NAISSANCE MOIS..... __ __ ANNEE __ __ __ __	
CB3. Quel âge a (nom) ? <i>Insister: Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Si les réponses à CB2 et CB3 sont incohérentes, insister encore et corriger.</i>	AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __ __	
CB4. Est-ce que (nom) déjà fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ CB1 1
CB5. Quels sont le plus haut niveau et classe que (nom) a atteints ?	ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE 000 PRIMAIRE 1 __ __ MOYEN..... 2 __ __ SECONDAIRE 3 __ __ SUPERIEUR 4 __ __	000 ⇨ C B7
CB6. Est-ce qu'il/elle a complété cette (classe/année)?	OUI 1 NON 2	
CB7. A n'importe quel moment durant l'année scolaire actuelle, est-ce que (nom) a fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ CB9
CB8. Durant l'année scolaire actuelle, quels niveau et classe (nom) fréquente-t-il/elle?	ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE 000 PRIMAIRE 1 __ __ MOYEN..... 2 __ __ SECONDAIRE 3 __ __ SUPERIEUR 4 __ __	
CB9. A n'importe quel moment durant l'année scolaire précédente, est-ce que (nom) a fréquenté l'école ou un programme d'éducation préscolaire ?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ CB11
CB10. Durant l'année scolaire précédente, quels niveau et classe (nom) a-t-il/elle fréquenté ?	ECOLE MATERNELLE/PRESCOLAIRE 000 PRIMAIRE 1 __ __ MOYEN..... 2 __ __ SECONDAIRE 3 __ __ SUPERIEUR 4 __ __	
CB11. Est-ce que (nom) est couvert par une assurance santé?	OUI 1 NON 2	2 ⇨ CB13

<p>CB12. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ?</p> <p><i>Enregistrer tout ce qui mentionné.</i></p>	<p>MUTUELLES..... A</p> <p>SECURITE SOCIALE (CNAS/CAMSP/CASNOS) C</p> <p>ASSURANCE SOCIALE PRIVEED</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CB13. Est-ce que (nom) pratique une activité sportive ?</p>	<p>OUI, PRATIQUE1</p> <p>NON, NE PRATIQUE PAS2</p>	<p>2 ⇨ CB13 E</p>
<p>CB13A. Quel genre d'activité sportive (nom) pratique t-il ?</p> <p><i>Enregistrer toutes les activités sportives que (nom) pratique.</i></p>	<p>ATHLETISME..... A</p> <p>MARCHE-JOGGING B</p> <p>NATATION C</p> <p>AEROBIC..... D</p> <p>SPORT COLLECTIFE</p> <p>SPORT DE COMBATF</p> <p>HALTEROPHILIE G</p> <p>EQUITATION..... H</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CB13B. Où (nom) pratique t-il son activité sportive ?</p>	<p>CLUB SPORTIF A</p> <p>STADE DE PROXIMITE B</p> <p>ETABLISSEMENT D'ENSEIGNEMENT C</p> <p>SALLE DE SPORT PRIVEE..... D</p> <p>MAISONS DE JEUNESE</p> <p>A LA MAISONF</p> <p>DANS LA RUE..... G</p> <p>AUTRES (<i>préciser</i>) _____ X</p>	
<p>CB13C. Combien d'heure par semaine (nom) pratique cette/ces activités sportive(s) ?</p>	<p>NOMBRE D'HEURES..... __ __ </p> <p>NSP..... 98</p>	<p>⇨Fin ⇨Fin</p>
<p>CB13E. Pourquoi (nom) ne pratique pas une activité sportive ?</p>	<p>TROP JEUNE A</p> <p>N'AIME PAS..... B</p> <p>PAS-PEU DE MOYEN C</p> <p>ELOIGNEMENT DES INFRASTRUCTURES SPORTIVES..... D</p> <p>PAS DE TEMPS.....E</p> <p>COUTS ELEVES.....F</p> <p>PROBLEME DE SANTE G</p> <p>OPPOSITION DES PARENTS H</p> <p>AUTRES (<i>préciser</i>) _____ X</p>	

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE		BDH
BDH1. Est-ce que (<i>nom</i>) se brosse- les dents ?	DEUX FOIS OU PLUS PAR JOUR1 UNE FOIS PAR JOUR2 OCCASIONNELLEMENT3 JAMAIS4	4 ⇒BDH4
BDH2. Est-ce que (<i>nom</i>) utilise- une brosse à dent ?	PERSONNELLE1 PARTAGÉE AVEC LES FRÈRES/SŒURS2 UTILISÉE PAR TOUTE LA FAMILLE.....3	
BDH3. Qu'utilise-(<i>nom</i>) pour se brosser les dents ?	UN DENTIFRICE1 DE L'EAU UNIQUEMENT.....2 AUTRES PRODUIT (<i>préciser</i>) _____ 6	
BDH4. Est-ce que (<i>nom</i>)consulte le dentiste ?	TOUS LES 6 MOIS1 UNE FOIS PAR AN2 EN CAS DE DOULEURS SEULEMENT3 JAMAIS4	4 ⇒BDH6
BDH5. Où a-t-il effectué ses derniers soins dentaires ?	HOPITAL21 POLYCLINIQUE.....22 SALLE DE SOINS24 UNITE DE DEPISTAGE ET DE SUIVI (SANTÉ SCOLAIRE).....25 CABINET DENTAIRE PRIVE.....34 AUTRE (<i>préciser</i>) _____ 96	
BDH6. Pensez vous que la carie peut avoir des conséquences sur la santé générale des enfants ?	OUI1 NON.....2 NSP8	
BDH7. Est-ce que (<i>nom</i>) porte- un appareil ODF ?	OUI1 NON.....2	
BDH8. Est-il arrivé au cours des 12 derniers mois que (<i>nom</i>)s'absente de l'école pour des problèmes dentaires (douleurs, abcès dentaires,...) ?	TRÈS SOUVENT.....1 RAREMENT2 JAMAIS3 NON SCOLARISE4	
BDH9. Quand (<i>nom</i>) se plaint d'un mal de dents qu'est ce qu'il prend habituellement ?	RIEN.....1 DU PARACETAMOL.....2 AUTRES MEDICAMENTS ET /OU PRODUITS (<i>préciser</i>) _____ 6 NE S'EST JAMAIS PLAINT7	

TRAVAIL DES ENFANTS
CL

<p>CL1. Maintenant je voudrais vous parler de tout travail que(<i>nom</i>) pourrait faire. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, (<i>nom</i>) a-t-il/elle fait une des activités suivantes, même si c'est pendant une heure seulement ?</p> <p>[A] Est-ce que (<i>nom</i>) a travaillé sur son propre terrain/ferme/ potager ou sur celui du ménage ou s'est occupé des animaux ? Par exemple, faire pousser des produits de la ferme, les récolter, nourrir les animaux, les emmener au pâturage ou les traire?</p> <p>[B] Est-ce que (<i>nom</i>) a aidé dans l'entreprise familiale ou dans celle d'autres parents avec ou sans paiement ou a travaillé dans sa propre entreprise ?</p> <p>[C] Est-ce que (<i>nom</i>) a produit ou vendu des articles, des produits artisanaux, des vêtements, de la nourriture ou des produits agricoles ?</p> <p>[X] Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, (<i>nom</i>) a-t-il/elle été engagé(e) dans n'importe quelle <u>autre</u> activité en échange de paiement en espèces ou en nature, même pour une seule heure ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A TRAVAILLE SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>A AIDE DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT / DANS SA PROPRE AFFAIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>A PRODUIT/VENDU ARTICLES/ARTISANAT/VETEMENTS / NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	A TRAVAILLE SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX	1	2	A AIDE DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT / DANS SA PROPRE AFFAIRE	1	2	A PRODUIT/VENDU ARTICLES/ARTISANAT/VETEMENTS / NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES	1	2	N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE	1	2	
	OUI	NON															
A TRAVAILLE SUR TERRAIN/FERME/POTAGER OU S'EST OCCUPE DES ANIMAUX	1	2															
A AIDE DANS ENTREPRISE FAMILIALE/D'UN AUTRE PARENT / DANS SA PROPRE AFFAIRE	1	2															
A PRODUIT/VENDU ARTICLES/ARTISANAT/VETEMENTS / NOURRITURE OU PRODUITS AGRICOLES	1	2															
N'IMPORTE QUELLE AUTRE ACTIVITE	1	2															
CL2. Vérifier CL1, [A]-[X]:	AU MOINS UN 'OUI'1 TOUTES LES REPONSES SONT 'NON'2	2 ⇒ CL7															
<p>CL3. Depuis (<i>Jour de la semaine</i>) dernier, à peu près combien d'heures au total (<i>nom</i>) a-t-il/elle travaillé sur (cette/ces activité(s)) ? <i>Si moins d'une heure, enregistrer '00'.</i></p>	NOMBRE D'HEURES __ __																
<p>CL4. Est-ce que cette /ces activité(s) requièrent de porter des charges lourdes ?</p>	OUI 1 NON 2																
<p>CL5. Est-ce que cette /ces activité(s) requiert de travailler avec des outils dangereux tels que des couteaux et autres outils similaires ou de faire fonctionner des grosses machines ?</p>	OUI 1 NON 2																

<p>CL6. Comment décririez-vous l'environnement de travail de (<i>nom</i>)?</p> <p>[A] Est-ce qu'il/elle est exposé(e) à la poussière/fumées ou gaz ?</p> <p>[B] Est-ce qu'il/elle est exposé(e) au froid extrême à la chaleur ou à l'humidité ?</p> <p>[C] Est-ce qu'il/elle est exposé(e) à des bruits intenses ou à des vibrations ?</p> <p>[D] Est-ce qu'il/elle est amené(e) à travailler en hauteur ?</p> <p>[E] Est-ce que, dans son travail, il/elle est exposé(e) à des produits chimiques, tels que des pesticides, des colles ou similaires ou des explosifs ?</p> <p>[X] Est-ce que (<i>nom</i>) est exposé(e) à d'autres choses, ou soumis à des processus ou des conditions défavorables à sa santé ou sa sécurité?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
<p>CL7. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, est-ce que (<i>nom</i>) est allé chercher de l'eau pour le ménage ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>2 ⇒ CL9</p>
<p>CL8. Au total, depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier combien d'heures (<i>nom</i>) a-t-il/elle passé à chercher de l'eau pour le ménage ?</p> <p><i>Si moins d'une heure, enregistrer '00'.</i></p>	<p>NOMBRE D'HEURES __ __ </p>	
<p>CL9. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, est-ce que (<i>nom</i>) est allé chercher du bois pour le ménage ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>2 ⇒ CL11</p>
<p>CL10. Au total, depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier combien d'heures (<i>nom</i>) a-t-il/elle passé à chercher du bois pour le ménage ?</p> <p><i>Si moins d'une heure, enregistrer '00'.</i></p>	<p>NOMBRE D'HEURES __ __ </p>	

<p>CL11. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, est-ce que (<i>nom</i>) a fait une des choses suivantes pour le ménage ?</p> <p>[A] Des courses pour le ménage ?</p> <p>[B] Cuisiner?</p> <p>[C] Laver la vaisselle ou nettoyer la maison ?</p> <p>[D] Laver des vêtements?</p> <p>[E] Prendre soin des enfants?</p> <p>[F] Prendre soin des personnes âgées ou malades ?</p> <p>[X] Autres tâches de ménage ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COURSES POUR LE MENAGE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>CUISINER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LAVER LA VAISSELLE /NETTOYER LA MAISON</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>LAVER DES VETEMENTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE SOIN DES ENFANTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES /MALADES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES TACHES DE MENAGE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	COURSES POUR LE MENAGE	1	2	CUISINER	1	2	LAVER LA VAISSELLE /NETTOYER LA MAISON	1	2	LAVER DES VETEMENTS	1	2	PRENDRE SOIN DES ENFANTS	1	2	PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES /MALADES	1	2	AUTRES TACHES DE MENAGE	1	2	
	OUI	NON																								
COURSES POUR LE MENAGE	1	2																								
CUISINER	1	2																								
LAVER LA VAISSELLE /NETTOYER LA MAISON	1	2																								
LAVER DES VETEMENTS	1	2																								
PRENDRE SOIN DES ENFANTS	1	2																								
PRENDRE SOIN DES PERSONNES AGEES /MALADES	1	2																								
AUTRES TACHES DE MENAGE	1	2																								
<p>CL12. Vérifier CL11, [A]-[X] :</p>	<p>AU MOINS UN 'OUI'1</p> <p>TOUTES LES REPONSES SONT 'NON'2</p>	<p>2 ⇒ Fin</p>																								
<p>CL13. Depuis (<i>jour de la semaine</i>) dernier, à peu près combien d'heures au total (<i>nom</i>) a-t-il/elle travaillé sur (cette/ces activité(s)) ?</p> <p><i>Si moins d'une heure, enregistrer '00'</i></p>	<p>NOMBRE D'HEURES..... __ __ </p>																									

DISCIPLINE DE L'ENFANT		FCD
FCD1. Vérifier CB3: Age de l'enfant:	5-14 ANS 1 15-17 ANS 2	2 ⇒ Fin
<p>FCD2. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Les adultes utilisent certains moyens pour enseigner à leurs enfants la façon de se comporter ou de se conduire correctement. Je vais vous lire une liste de méthodes qui sont utilisées et je voudrais que vous me disiez si vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage les a utilisées avec (Nom) au cours du mois dernier ?</p> <p>[A] Retirer des privilèges, interdire quelque chose que (nom) aime faire ou ne pas lui permettre de quitter la maison.</p> <p>[B] Expliquer à (Nom) pourquoi sa conduite était incorrecte</p> <p>[C] (Le/la) secouer</p> <p>[D] Lui crier après, hurler sur lui/elle</p> <p>[E] Lui donner quelque chose d'autre à faire.</p> <p>[F] Lui donner une fessée, (le/la) frapper ou (le/la) taper sur les fesses à main nues.</p> <p>[G] (Le/la) frapper sur les fesses ou sur d'autres Parties du corps avec une ceinture, un bâton ou autres objets durs.</p> <p>[H] (Le/la) traiter d'idiot, de paresseux ou d'un autre attribut humiliant.</p> <p>[I] (Le/la) frapper ou (le/la) gifler sur le visage, la tête ou les oreilles.</p> <p>[J] (Le/la) frapper ou le/la taper sur les mains, les bras ou les jambes.</p> <p>[K] (Le/la) battre, c'est-à-dire (le/la) frapper encore et encore aussi fort que possible.</p>	<p>OUI NON</p> <p>RETIRER DES PRIVILEGES 1 2</p> <p>EXPLIQUER LE MAUVAIS COMPORTEMENT 1 2</p> <p>SECOUER 1 2</p> <p>HURLER, CRIER DESSUS 1 2</p> <p>DONNER AUTRE CHOSE A FAIRE 1 2</p> <p>DONNER UNE FESSEE, FRAPPER, TAPERA MAINS NUES 1 2</p> <p>FRAPPER AVEC CEINTURE, BATON OU AUTRE 1 2</p> <p>TRAITER D'IDIOT, PARESSEUX OU AUTRE 1 2</p> <p>FRAPPER/GIFFLER SUR LE VISAGE, TETES OU OREILLES 1 2</p> <p>FRAPPER/TAPER SUR LES MAINS, BRASOU JAMBES 1 2</p> <p>BATTRE ET FRAPPER ENCORE ET ENCORE AUSSI FORT QUE POSSIBLE 1 2</p>	
FCD3. Vérifier FS4: Est-ce que le/la répondant(e) est la mère ou le/la gardien(ne) d'un autre enfant de moins de 5 ans?	OUI 1 NON 2	2 ⇒ FCD5
FCD4. Vérifier FS4 : Est-ce que ce/cette répondant(e) a déjà répondu à la question suivante (UCD5 ou FCD5) pour un autre enfant ?	OUI 1 NON 2	1 ⇒ Fin
FCD5. Pensez-vous que pour élever ou éduquer correctement un enfant, il est nécessaire qu'il soit puni physiquement ?	OUI 1 NON 2 NSP / PAS D'OPINION 8	

ACCIDENT		AC
<p>AC1. Maintenant je voudrais parler de quelque chose d'autre.</p> <p>Comme vous le savez les enfants sont parfois victimes d'accidents graves divers,...</p> <p>Est-ce que (nom) a-été victime d'un accident grave à n'importe quel moment par le passé n'importe où ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	2 ⇒Fin
<p>AC2 : Quel genre d'accident que (nom) a eu ?</p>	<p>BRULURE 1</p> <p>BLESSURE 2</p> <p>FRACTURE/ ENTORSE 3</p> <p>SUFFOCATION..... 4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>AC3 : Quel âge avait (nom) au moment (type d'accident grave le plus récent cité à AC2) ?</p>	<p>AGE (EN ANNEES REVOLUES)..... __ </p>	
<p>AC4 : Quelle est l'origine de cet accident ?</p>	<p>CHUTE 01</p> <p>INCENDIE, EXPLOSION 02</p> <p>BAGARRE 03</p> <p>ACCIDENT DE CIRCULATION 04</p> <p>CORRECTION DES PARENTS..... 05</p> <p>INTOXICATION (MEDICAMENTS, PRODUITS MENAGERS,..) 06</p> <p>NOYADES 07</p> <p>MORSURES PAR ANIMAUX 08</p> <p>AUTRE (PRECISER) 96</p>	
<p>AC5 : Où s'est produit cet accident ?</p>	<p>A DOMICILE 1</p> <p>DANS L'ECOLE 2</p> <p>DANS LA RUE 3</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6</p>	
<p>AC6 : Où a-t-on emmener (nom)?</p>	<p>DOMICILE</p> <p>DOMICILE..... 11</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CHU 20</p> <p>HOPITAL (EHS/EH/EPH) 21</p> <p>POLYCLINIQUE 22</p> <p>SALLE DE SOINS..... 24</p> <p>AUTRE PUBLIC (<i>préciser</i>) 26</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE PRIVEE 32</p> <p>CABINET PRIVE..... 34</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE (<i>préciser</i>) 36</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>20 ⇒Fin</p> <p>21 ⇒Fin</p> <p>22 ⇒Fin</p> <p>24 ⇒Fin</p> <p>26 ⇒Fin</p> <p>32 ⇒Fin</p> <p>34 ⇒Fin</p> <p>36 ⇒Fin</p> <p>96 ⇒Fin</p>
<p>AC7 : Pourquoi (Nom) n'a pas été soigné à l'hôpital ou auprès d'un médecin ?</p>	<p>ELOIGNEMENT..... 1</p> <p>COUT ELEVE 2</p> <p>JUGE INUTILE 3</p> <p>AVAIT DE L'EXPERIENCE 4</p> <p>AUTRE (<i>préciser</i>) 6.</p>	

FONCTIONNEMENT DE L'ENFANT		FCF
<p>FCF1. Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur les difficultés que (nom) peut connaître. (Nom) porte-t-il/elle des lunettes ou des lentilles de contact ?</p>	<p>OUI1 NON2</p>	
<p>FCF2. (Nom) utilise-t-il/elle porte une prothèse auditive/ un implant auditif ?</p>	<p>OUI1 NON2</p>	
<p>FCF3. (Nom) utilise-t-il/elle un équipement ou reçoit-il/elle de l'assistance pour marcher ?</p>	<p>OUI1 NON2</p>	
<p>FCF4. Pour les questions suivantes, je vous demanderai de répondre en sélectionnant une réponse parmi quatre possibles. Pour chaque question diriez-vous que (nom) a</p> <p>1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) si il/elle ne peut pas du tout faire l'activité. <i>Répéter les catégories en posant les questions individuelles à chaque fois que la répondante n'utilise pas une des catégories de réponse.</i> Rappelez-vous les 4 réponses possibles sont : diriez-vous que (nom) a 1) aucune difficulté, 2) quelques difficultés, 3) beaucoup de difficultés ou 4) ne peut pas du tout faire l'activité.</p>		
<p>FCF5. Vérifier FCF1: <i>Enfant porte des lunettes ou des lentilles de contact ?</i></p>	<p>OUI, FCF1=11 NON, FCF1=22</p>	<p>1 ⇨ FCF6A 2 ⇨ FCF6B</p>
<p>FCF6A. Lorsqu'il/elle porte ses lunettes ou lentilles de contact, (nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?</p> <p>FCF6B. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à voir ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT VOIR.....4</p>	
<p>FCF7. Vérifier FCF2: <i>Enfant utilise une prothèse auditive ou un implant auditif?</i></p>	<p>OUI, FCF2=11 NON, FCF2=22</p>	<p>1 ⇨ FCF8A 2 ⇨ FCF8B</p>
<p>FCF8A. Lorsqu'il/elle utilise sa prothèse auditive/implant auditif, (nom) a-t-il/elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?</p> <p>FCF8B. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à entendre des sons comme la voix des gens ou de la musique ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ENTENDRE4</p>	
<p>FCF9. Vérifier FCF3: <i>Enfant utilise un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher ?</i></p>	<p>OUI, FCF3=11 NON, FCF3=22</p>	<p>2 ⇨ FCF14</p>
<p>FCF10. Sans son équipement ou sans assistance, (nom) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 100 mètres sur terrain plat ?</p> <p><i>Insister :C'est à peu près la longueur d'1 terrain de football.</i></p> <p><i>Noter que la catégorie 'Aucune difficulté' n'est pas disponible quand l'enfant a un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher.</i></p>	<p>QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 100 M4</p>	<p>3 ⇨ FCF12 4 ⇨ FCF12</p>

<p>FCF11. Sans son équipement ou sans assistance, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 500 mètres sur terrain plat ? <i>Insister: C'est à peu près la longueur de 5 terrains de football.</i> <i>Noter que la catégorie 'Aucune difficulté' n'est pas disponible quand l'enfant a un équipement ou reçoit de l'assistance pour marcher.</i></p>	<p>QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 500 M4</p>	
<p>FCF12. Avec son équipement ou assistance (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 100 mètres sur terrain plat ? <i>Insister: C'est à peu près la longueur d'1 terrain de football.</i></p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 100 M4</p>	<p>3 ⇨FCF16 4 ⇨FCF16</p>
<p>FCF13. Avec son équipement ou de l'assistance (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 500 mètres sur terrain plat ? <i>Insister: C'est à peu près la longueur de 5 terrains de football.</i></p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 500 M4</p>	<p>1 ⇨FCF16</p>
<p>FCF14. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 100 mètres sur terrain plat ? <i>Insister: C'est à peu près la longueur d'1 terrain de football.</i></p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 100 M4</p>	<p>3 ⇨FCF16 4 ⇨FCF16</p>
<p>FCF15. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à marcher sur une distance de 500 mètres sur terrain plat ? <i>Insister: C'est à peu près la longueur de 5 terrains de football</i></p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT MARCHER 500 M4</p>	
<p>FCF16. (Nom) a-t-il /elle a des difficultés à prendre soin de lui/d'elle-même comme se nourrir ou s'habiller seul(e)?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT PRENDRE SOIN DE LUI/D'ELLE4</p>	
<p>FCF17. Lorsqu'il/elle parle, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à se faire comprendre par les membres de ce ménage ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS.....4</p>	
<p>FCF18. Lorsqu'il/elle parle, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à se faire comprendre par les personnes extérieures à ce ménage ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT ETRE COMPRIS.....4</p>	
<p>FCF19. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à apprendre des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT APPRENDRE DES CHOSES....4</p>	
<p>FCF20. Par rapport aux enfants du même âge, (<i>nom</i>) a-t-il /elle des difficultés à se souvenir des choses ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE1 QUELQUES DIFFICULTES.....2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES.....3 NE PEUT PAS DU TOUT SE SOUVENIR4</p>	

<p>FCF21. (Nom) a-t-il /elle des difficultés à se concentrer sur une activité qui lui plaît ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT SE CONCENTRER 4</p>	
<p>FCF22. (Nom) a-t-il/elle a des difficultés à accepter des changements dans sa routine?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 N'ACCEPTÉ PAS DU TOUT LES CHANGEMENTS 4</p>	
<p>FCF23. Par rapport aux enfants du même âge, (nom) a-t-il/elle des difficultés à contrôler son comportement ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT CONTROLER SON COMPORTEMENT..... 4</p>	
<p>FCF24. (Nom) a-t-il/elle des difficultés à se faire des amis ?</p>	<p>AUCUNE DIFFICULTE 1 QUELQUES DIFFICULTES..... 2 BEAUCOUP DE DIFFICULTES..... 3 NE PEUT PAS DU TOUT SE FAIRE DES AMIS..... 4</p>	
<p>FCF25. Les prochaines questions ont des options de réponses différentes. Je vais vous les lire après chaque question.</p> <p>Je voudrais savoir à quelle fréquence (nom)semble-t-il/elle très anxieux(se), nerveux(se) ou préoccupé(e)?</p> <p>Diriez-vous : chaque jour, une fois par semaine, une fois par mois, quelques fois dans l'année ou jamais?</p>	<p>CHAQUE JOUR..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 QUELQUES FOIS DANS L'ANNEE..... 4 JAMAIS 5</p>	
<p>FCF26. Je voudrais savoir à quelle fréquence (nom)semble-t-il/elle très triste ou déprimé(e).</p> <p>Diriez-vous : chaque jour, une fois par semaine, une fois par mois, quelques fois dans l'année ou jamais ?</p>	<p>CHAQUE JOUR..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE 2 UNE FOIS PAR MOIS 3 QUELQUES FOIS DANS L'ANNEE..... 4 JAMAIS 5</p>	

IMPLICATION DES PARENTS		PR
PR1. Vérifier CB3: Age de l'enfant:	5-6 ANS 1 7-14 ANS 2 15-17 ANS 3	1 ⇒ Fin
PR3. Mis à part les livres scolaires, parascolaires et les livres religieux, combien de livres avez-vous pour (nom) qu'il peut lire à la maison ?	AUCUN 00 NOMBRE DE LIVRES..... _0_ _ 10 LIVRES OU PLUS..... 10	
PR4. Vérifier CB7 : Est-ce que l'enfant fréquente, l'école ?	OUI, CB7/ED9=1 1 NON, CB7/ED9=2 OU BLANC..... 2	2 ⇒ Fin
PR5. Durant l'année scolaire, est-ce que (nom) a des devoirs d'école à faire à la maison ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR6A 8 ⇒ PR6A
PR6. Durant l'année scolaire, est-ce que quelqu'un aide (nom) à faire ses devoirs scolaires ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
PR6A : Est-ce que (nom) bénéficie de cours de soutien scolaire ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR7 8 ⇒ PR7
PR6B : Si oui (PR6A), dans combien de matières ?	NOMBRE DE MATIERES..... _ _	
PR7. Est-ce que l'école de (nom) dispose d'une association de parents d'élèves auquel les parents peuvent participer ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR10 8 ⇒ PR10
PR7A : Est-ce que vous /père êtes membre de l'association des parents d'élèves ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR10 8 ⇒ PR10
PR7B : Est-ce que l'association des parents d'élèves est active ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR10 8 ⇒ PR10
PR8. Est-ce que vous ou un autre adulte membre de ce ménage avez participé à une réunion à la demande de l'association des parents d'élèves au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	2 ⇒ PR10 8 ⇒ PR10
PR9. Durant ces réunions, est-ce que les choses suivantes ont été discutées :	OUI NON NSP [A] Un plan pour aborder les principaux problèmes d'éducation auxquels est confrontée l'école de (nom)? PLAN POUR ABORDER LES PROBLEMES DE L'ECOLE ... 1 2 8 [B] Le budget de l'école ou l'utilisation des fonds reçus par l'école de (nom)? BUDGET DE L'ECOLE..... 1 2 8	
PR10. Durant les 12 derniers mois, avez-vous ou un autre adulte de ce ménage reçu/ récupéré un bulletin scolaire pour (nom) ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	

<p>PR11. Durant les 12 derniers mois, est-ce que vous ou un autre membre adulte de ce ménage, êtes allé à l'école de (nom) pour une des raisons suivantes :</p> <p>[A] Une fête de l'école ou un événement sportif ?</p> <p>[B] Pour discuter de la scolarité de (nom) avec son/ses enseignant(s) ?</p> <p>[C] Pour discuter avec le/la conseiller(s) d'orientation de la scolarité de (nom) ?</p> <p>[D] Pour une question liée à la discipline ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FETE DE L'ECOLE OU EVENEMENT SPORTIF</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>POUR DISCUTER DE LA SCOLARITE AVEC LES ENSEIGNANTS,</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>POUR DISCUTER AVEC LE CONSEILLER D'ORIENTATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>POUR UNE QUESTION LIEE A LA DISCIPLINE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	FETE DE L'ECOLE OU EVENEMENT SPORTIF	1	2	8	POUR DISCUTER DE LA SCOLARITE AVEC LES ENSEIGNANTS,	1	2	8	POUR DISCUTER AVEC LE CONSEILLER D'ORIENTATION	1	2	8	POUR UNE QUESTION LIEE A LA DISCIPLINE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																			
FETE DE L'ECOLE OU EVENEMENT SPORTIF	1	2	8																			
POUR DISCUTER DE LA SCOLARITE AVEC LES ENSEIGNANTS,	1	2	8																			
POUR DISCUTER AVEC LE CONSEILLER D'ORIENTATION	1	2	8																			
POUR UNE QUESTION LIEE A LA DISCIPLINE	1	2	8																			
<p>PR12. Durant les 12 derniers mois, est-ce que l'école de (nom) a été fermée pendant une journée où elle aurait dû être ouverte pour une des raisons suivantes :</p> <p>[A] Catastrophes naturelles comme inondations, séismes, épidémies ou similaires ?</p> <p>[B] Catastrophes causées par l'homme comme incendie, effondrement du bâtiment, émeutes ou similaires ?</p> <p>[X] Autre ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CATASTROPHES NATURELLES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CATASTROPHES HUMAINES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	CATASTROPHES NATURELLES	1	2	8	CATASTROPHES HUMAINES	1	2	8	AUTRE	1	2	8					
	OUI	NON	NSP																			
CATASTROPHES NATURELLES	1	2	8																			
CATASTROPHES HUMAINES	1	2	8																			
AUTRE	1	2	8																			
<p>PR13. Durant les 12 derniers mois, est-ce que (nom) n'a pas été à l'école parce que son enseignant était absent ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>2 ⇒ Fin</p> <p>2 ⇒ Fin</p>																				
<p>PR15. Lorsque (<i>l'absence de l'enseignant</i>) s'est produite, est-ce que vous avez ou un autre membre adulte de votre ménage a contacté un des représentants de l'école ou du comité de gestion de l'école ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>																					

<p>FS11. Enregistrer l'heure.</p>	<p>HEURES ET MINUTES :</p>	
<p>FS16. Terminer l'interview avec ce/cette répondant(e) et l'enfant en les remerciant de leur coopération.</p> <p>Compléter le résultat dans FS17 dans PANNEAU D'INFORMATION ENFANT DE 5-17 ANS puis aller ensuite au QUESTIONNAIRE MÉNAGE et compléter HH56.</p> <p>Prendre des dispositions pour l'administration du ou des autres questionnaires dans ce ménage</p>		

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR