

ANNEXE B : QUESTIONNAIRES

QUESTIONNAIRE MENAGE

NOUS SOMMES DE LA DIRECTION DE LA PREVISION ET DE LA STATISTIQUE . NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROGRAMME PORTANT SUR LA SANTE DE LA FAMILLE, L'EDUCATION ET LA PROTECTION DES ENFANTS. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CES SUJETS. L'INTERVIEW PRENDRA ENVIRON QUELQUES MINUTES (45 MINUTES ENVIRON). TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUÉES. DURANT CE TEMPS, JE VOUDRAIS PARLER A TOUTES LES MERES OU D'AUTRES PERSONNES EN CHARGE D'ENFANTS DANS LE MENAGE. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? *Si on vous donne la permission, commencez l'interview.*

MODULE I : CADRE D'INFORMATION SUR LE MENAGE	
1. Numéro de grappe : + - - - - - - - - +	2. Numéro de ménage : + - - - - - - - - +
3. Jour/Mois/Année de l'interview : + - - - - - + / + - - - - - + / + - - - - - - - - + - - - +	4. Nom et numéro de l'enquêteur : + - - - - - - - - +
5. Nom du chef de ménage :	
6. Milieu de résidence : Urbain.....1 Rural.....2	7. Région Dakar.....01 Ziguinchor02 Diourbel.....03 St-Louis04 Tamba05 Kaolack.....06 Thies07 Louga.....08 Fatick.....09 Kolda10
7AA. Nom et code département + - - - +	
8. Matériau du sol du logement Terre/sable01 Bouse.....02 Parquet/bois de cire03 Bande de Vinyl/tapis.....04 Carrelage05 Ciment06 Moquette.....07 Autre (à préciser)66	9. Nombre de pièces pour dormir dans le logement : + - - - - - - - +
10. Résultat de l'interview ménage : Rempli1 Refusé.....2 Pas à la maison.....3 Logement non retrouvé/détruit.....4 Autre(à préciser)6	10AA : DATE PROCHAIN RV : /__/_/ __/_/ __/_/ __/_/ __/_/ NOMBRE TOTAL DE VISITES : : /__/_/
11. Nombre de femmes éligibles pour l'interview : + - - - - - - - +	12. Nombre de questionnaires femmes entièrement remplis : + - - - - - - - +
13. Nombre d'enfants de moins de 5 ans : + - - - - - - - +	14. Nombre de questionnaires enfants remplis: + - - - - - - - +
15. Taille du ménage : + - - - - - - - +	17. Date de saisie : + - - - - - - - +
16. Nombre d'enfants de moins de 15 ans vivant hors du ménage : + - - - - - - - +	
Observations de l'enquêteur/contrôleur:	

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____

CADRE D'INFORMATION SUR LE MENÂGE (SUITE)																																												
15AA - Nom du répondant _____	+ - - - - + Mettre dans ces cases le N° de ligne de la Feuille d'enregistrement du ménage																																											
15BB - AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DE LA CONVENTION DES DROITS DE L'ENFANT ?	Oui1 Non2	2⇒ Q15EE																																										
15CC - PAR QUELLES SOURCES AVEZ-VOUS ETE INFORME SUR CETTE CONVENTION ? (Ne suggérez pas de réponses à l'enquête) Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.	Radio ou télévision.....1 Lecture de Journaux.....2 Conversations entre amis.....3 Ministère de la Famille et de la Solidarité nationale4 U N I C E F.....5 Autre6 (à préciser)																																											
15DD – POUVEZ-VOUS CITER DES DROITS DE L'ENFANT FIGURANT DANS CETTE CONVENTION ? (Ne suggérez pas des réponses à l'enquête) Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.	Santé.....01 Education et loisirs02 Survie et développement.....03 Protection04 Paix05 Famille, nom et nationalité.....06 Egalité07 Environnement sain08 Liberté d'expression, d'association.....09 Autre66 (à préciser)																																											
15EE- QUELLE EST LA PROFESSION DU CHEF DE MÉNÂGE?	Sans occupation01 Salarié cadre supérieur.....02 Salarié cadre moyen.....03 Salarié subalterne.....04 Bonne, employé(e) de maison.....05 Artisan.....06 Commerçant/vendeur.....07 Cultivateur/agriculteur.....08 Eleveur.....09 Pêcheur.....10 Autre66 (à préciser)																																											
15FF - LE MENÂGE POSSEDE-T-IL ? A – UNE RADIO B - UN TELEVISEUR C - UN REFRIGERATEUR, CONGELATEUR D – UN TELEPHONE E – UNE CUISINIÈRE F - UNE MACHINE A COUDRE G - UN CLIMATISEUR H- UNE CHARRETTE I - UNE CHARRUE J- UNE VOITURE K - UNE TERRE CULTIVABLE L - UNE MAISON/ TERRAIN M - UN TRACTEUR	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>oui</th> <th>non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A – Une radio</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>B – Un téléviseur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>C – Un réfrigérateur/ Congélateur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>D – Un téléphone</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>E – Une cuisinière</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>F – Une machine à coudre</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>G – Un climatiseur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>H- Une charrette</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>I - Une charrue</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>J - Une Voiture</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>K – Une maison/ terrain</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>L – Une terre cultivable</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>M – Un tracteur</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		oui	non	A – Une radio	1	2	B – Un téléviseur	1	2	C – Un réfrigérateur/ Congélateur	1	2	D – Un téléphone	1	2	E – Une cuisinière	1	2	F – Une machine à coudre	1	2	G – Un climatiseur	1	2	H- Une charrette	1	2	I - Une charrue	1	2	J - Une Voiture	1	2	K – Une maison/ terrain	1	2	L – Une terre cultivable	1	2	M – Un tracteur	1	2	
	oui	non																																										
A – Une radio	1	2																																										
B – Un téléviseur	1	2																																										
C – Un réfrigérateur/ Congélateur	1	2																																										
D – Un téléphone	1	2																																										
E – Une cuisinière	1	2																																										
F – Une machine à coudre	1	2																																										
G – Un climatiseur	1	2																																										
H- Une charrette	1	2																																										
I - Une charrue	1	2																																										
J - Une Voiture	1	2																																										
K – Une maison/ terrain	1	2																																										
L – Une terre cultivable	1	2																																										
M – Un tracteur	1	2																																										
15GG - QUEL EST LE PRINCIPAL MODE D'ECLAIRÂGE POUR VOTRE MENÂGE ACTUELLEMENT?	Bois1 Pétrole.....2 Gaz3 Electricité/énergie solaire.....4 Bougie.....5 Autre6 (à préciser)																																											
15HH - QUEL EST LE PRINCIPAL COMBUSTIBLE POUR LA CUISINE ACTUELLEMENT?	Bois /charbon de bois1 Pétrole.....2 Gaz3 Electricité/Energie solaire.....4 BOUSE DE vache/d'animaux.....5 Autre6 (à préciser)																																											

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____

MODULE II : FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE													
Ajoutez une feuille complémentaire s'il n'y a pas assez d'espace sur cette page. Cochez ici si vous utilisez une feuille supplémentaire ☐													
				Eligible pour:					Pour les personnes âgées de 15 ans ou plus posez Qs. 8 et 9		Pour les enfants âgés de moins de 15 ans posez Qs. 10 à 13		
				MODUL ES FEMME	MODULE TRAVAIL DES ENFANTS	MODULES SANTÉ DES ENFANTS							
1. No. de Ligne	2. Nom	3. (Nom) EST-IL/ ELLE de sexe masc. ou fém.?	3AA. DATE DE NAISSANCE INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNEE Enregistrez 99=nsp si le mois de naissance n'est pas connu.	4. QUEL AGE A (nom) ? (QUEL AGE AVAIT (nom) A SON (DERNIE R AN- NIVERSAI RE ?)	5. Encerc lez le numéro de ligne si la femme est âgée de 15- 49 ans	6. Pour chaque enfant âgé de 5-15 ans révolus: QUI EST LA MERE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALE -MENT DE CET ENFANT? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	7. Pour chaque enfant âgé de moins de 5 ans: QUI EST LA MERE/LA PERSONNE EN CHARGE PRINCIPALE- MENT DE CET ENFANT ? Enregistrez le no. de ligne de la mère ou de la personne en charge de l'enfant	8. Peut- il/elle lire une lettre ou un journal facile- ment, difficile- ment ou pas du tout ? 1 facile- ment 2 DIFFICIL- LEMENT 3 PAS DU TOUT 9 NSP	9. Quel est l'état matrimonial de (NOM) ? 1 MARIE(E)/ EN UNION 2 VEUF(VE) 3 DIVORCE(E) 4 SEPARÉ(E) 5 JAMAIS MARIE(E)	10. EST-CE QUE LA MERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOU- JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON 9 NSP 2 non Q.12 9 NSP Q.12	11. EST-CE QUE LA MERE BIOLO- GI-QUE DE (nom) VIT DANS CE MENA- GE? 1 OUI 2 NON	12. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) EST TOU-JOURS EN VIE ? 1 OUI 2 NON 9 NSP 2 non Ligne suiv. 9 NSP Ligne suiv.	13. EST-CE QUE LE PERE BIOLOGI- QUE DE (nom) VIT DANS CE MENAGE ? 1 OUI 2 non
LIGNE	NOM	M F			15-49	MERE	MERE	F D P NSP	M V D S JM	O N NSP	O N	O N NSP	O N
01		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	01	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
02		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	02	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
03		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	03	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
04		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	04	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
05		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	05	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
06		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	06	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
07		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	07	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
08		1 2	+-----+/-+-----+---+	+---+	08	+---+	+---+	1 2 3 9	1 2 3 4 5	1 2 9	1 2	1 2 9	1 2
Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS QUI VIVENT ICI – MÊME S'ILS N'ONT PAS DE PARENTS QUI VIVENT DANS CE MENÂGE ? Y COMPRIS LES ENFANTS AU TRAVAIL OU A L'ECOLE? Si oui, : /_/ enregistrez le nom de l'enfant et complétez la feuille d'enregistrement du ménage.													

MODULE III : EDUCATION												
Pour les personnes âgées de 3 ans ou plus, posez les Qs. 15 et 16				Pour les enfants âgés de 3 à 19 ans, continuez en posant les Qs. 17 à 22								
14. No. de Ligne	15. (Nom) A-T-IL/ ELLE FREQUENTE L'ECOLE ? 1 OUI ⇒ Q.16 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE	16. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES ATTEINT? LA DERNIERE CLASSE QUE (nom) A ACHEVEE A CE NIVEAU ? NIVEAU : 1 PRESCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP Si moins d'une classe, inscrivez 00.	17. (Nom) FREQUENTE- T-IL/ELLE L'ECOLE ACTUELLE- MENT ? 1 OUI ⇒ Q.19 2 NON	18. AU COURS DE CETTE ANNEE SCOLAIRE , (nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE ? 1 OUI 2 NON ⇒ Q.21	19. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, COMBIEN DE JOURS (nom) EST- IL/ELLE ALLE/E A L'ECOLE ? Enregis- trez le nombre de jours dans l'espace ci- dessous.	20. A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE (nom) EST/ETAIT-IL/ELLE ? NIVEAU : 1 PRESCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP	21. (Nom) A-T- IL/ELLE FREQUENTE L'ECOLE L'ANNEE DERNIERE ? 1 OUI 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE 9 NSP ⇒ LIGNE SUIVANTE	22. A QUEL NIVEAU ET DANS QUELLE CLASSE (nom) ETAIT- IL/ELLE L'ANNEE DERNIERE ? NIVEAU : 1 PRESCOLAIRE 2 ELEMENTAIRE 3 MOYEN 4 SECONDAIRE 5 SUPERIEUR 6 PROGRAMME NON-FORMEL 9 NSP CLASSE : 99 NSP				
LIGNE	OUI NON	NIVEAU	CLASSE	OUI NON	OUI NON	JOURS	NIVEAU	CLASSE	C N NSP	NIVEAU	CLASSE	
01	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
02	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
03	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
04	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
05	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
06	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
07	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
08	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	
09	1 2⇒LIGNE SUIV.	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2	1 2	+ - - +	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	1 2 9	1 2 3 4 5 6 9	+ - - - +	

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____

MODULE IV : TRAVAIL DES ENFANTS

LE MODULE SUIVANT S'ADRESSE A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT AGE DE 5 A 15 ANS REVOLUS QUI VIT DANS LE MENAGE..

ENREGISTREZ LE NUMERO DE LIGNE POUR CHAQUE ENFANT ELIGIBLE DE LA FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MENAGE.

MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUS LES TYPES DE TRAVAUX DES ENFANTS VIVANT DANS CE MENAGE.

1. No. de Ligne.	2. Nom	3. DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, (nom) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si oui : POUR ETRE PAYE? 1 OUI, PAYE (ESPECE OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON ⇒ Q.5	4. Si oui : DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES A-T-IL /ELLE TRAVAILLE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DU MENAGE ? (Si plus d'un travail, additionnez toutes les heures de travail effectuées). Inscrivez la réponse et ⇒ Q.6	5. AU COURS DE S 12 DERNIERS MOIS, (nom) AVAIT-IL/ELLE FAIT UN TRAVAIL QUELCONQUE POUR QUELQU'UN QUI N'EST PAS UN MEMBRE DE CE MENAGE ? Si oui : POUR ETRE PAYE ? 1 OUI, PAYE (ESPECE OU NATURE) 2 OUI, NON PAYE 3 NON	6. depuis le (jour de la semaine) DERNIER (NOM) AVAIT-IL/ ELLE AIDE AUX TRAVAUX DE CE MENAGE? PAR EXEMPLE : FAIRE LA CUISINE, FAIRE DES COURSES, NETTOYER, LAVER LES VETEMENTS, CHERCHER DE L'EAU, OU GARDER LES ENFANTS ? 1 OUI 2 NON ⇒ Q.8	7. Si oui : DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, ENVIRON COMBIEN D'HEURES AVAIT-IL ELLE PASSE EN FAISANT CES TRAVAUX MENAGERS ?	8. AU COURS DE LA SEMAINE DERNIERE, (nom) AVAIT-IL /ELLE FAIT D'AUTRES TRAVAUX POUR LA FAMILLE (DANS UNE FERME OU DANS LES AFFAIRES) ? 1 OUI 2 NON ⇒ LIGNE SUIVANTE	9. Si oui : DEPUIS LE (jour de la semaine) DERNIER, environ combien d'heures avait-il /elle fait ce travail ?
NO. DE LIGNE	NOM	OUI PAYE N.P. N	NO. HEURES	OUI PAYE N.P. N	OUI NON	NO. HEURES	OUI NON	NO. HEURES
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___
___		1 2 3	___	1 2 3	1 2	___	1 2	___

Tous les enfants dans le groupe d'âges sont-ils couverts?

Oui : /___/ PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

Non :

COMPLETEZ AVANT DE PASSER AU MODULE SUIVANT ⇒

CE MODULE S'ADRESSE AUX ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS NES DE MERE ET/OU PERE BIOLOGIQUES RESIDANT DANS LE MENAGE MAIS VIVANT EUX-MEMES HORS DU MENAGE. POSEZ AU MENAGE LA QUESTION SUIVANTE :

1 - OUI
2 - NON ⇒ MODULE SUIVANT

[illegible]

N°. de grappe _ _ _ N°. de ménage _ _ _

MODULE V : EAU, HYGIENE ET ASSAINISSEMENT		
Posez les questions de ce module une seule fois pour chaque ménage visité.		
1. QUELLE EST LA SOURCE PRINCIPALE D'EAU A BOIRE POUR LES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ?	Eau du robinet dans le logement..... 01 Eau du robinet dans la cour/parcelle 02 Borne fontaine 03 Puits à pompe 04 Puits protégé 05 Source protégée 06 Eau de pluie..... 07 Eau en bouteille..... 08 Puits non protégé..... 09 Source non protégée 10 Mare, ruisseau ou fleuve 11 Camion citerne, vendeur d'eau..... 12 Forage 13 Autre 66 (à préciser) Pas de réponse ou NSP..... 99	
1AA. QUELLE DISTANCE FAUT-IL PARCOURIR POUR ALLER JUSQU'AU LIEU OU SE TROUVE CETTE EAU ?	A moins de 100 mètres.....1 Entre 100 et 500 mètres.....2 A plus de 500 mètres.....3 Sur place.....8	
2. COMBIEN DE TEMPS FAUT-IL POUR ALLER LA-BAS, PRENDRE DE L'EAU ET REVENIR ?	Nombre de minutes..... _ _ _ Eau sur place.....888 NSP.....999	
2AA – OU CONSERVEZ-VOUS EN GENERAL CETTE EAU DE BOISSON?	Réfrigérateur, congélateur.....01 Canari traditionnel.....02 Canari à robinet.....03 Fût en plastique.....04 Fût en métal.....05 Bassine, seau.....06 Chambre à air.....07 Autre.....66 (à préciser)	1⇒Q.3
2BB - AVEC QUELLE PERIODICITE LAVEZ-VOUS CES RECIPIENTS ?	Nombre de fois + - - - - + par : + - - + Jour =1 Semaine=2 Mois=3 Jamais=0 NSP=9	

3. QUEL TYPE DE TOILETTES UTILISEZ-VOUS PRINCIPALEMENT DANS VOTRE MENAGE ?	Chasse raccordée à l'égout.....1 Chasse avec fosse.....2 Latrines à fosse ventilée.....3 Edicule public.....4 Latrines sèches traditionnelles.....5 Pots de chambre6 Dans la nature7 Autre.....8 (à préciser)	6⇒Q.5 7⇒Q.5
4. OU SE TROUVENT CES TOILETTES ?	Dans le logement1 Dans la cour/Parcelle.....2 A moins de 100 mètres.....3 Entre 100 et 500 mètres.....4 A plus de 500 mètres.....5	
5. QUE FAITES-VOUS DES SELLES DES PETITS ENFANTS (0-3 ANS) QUAND ILS N'UTILISENT PAS LES TOILETTES OU LES LATRINES ?	Ils utilisent toujours les toilettes/latrines.....1 Jetées dans les toilettes/latrines.....2 Jetées en dehors de la cour3 Enterrées dans la cour4 Ne sont pas jetées/Restent par terre5 Autre6 (à préciser) Pas de petits enfants dans le ménage.....8	
5AA – COMMENT LES EAUX MENAGERES SONT-ELLES GENERALEMENT EVACUEES ?	Réseau d'égout.....01 Puisard.....02 Grille ou bouche avaloir.....03 Trou creusé.....04 Caniveau fermé.....05 Canal ou caniveau à ciel ouvert.....06 Dans la mer, le fleuve ou la rivière.....07 Dans la nature ou la rue.....08 Autre.....66 (à préciser)	
5BB - DANS LA MAISON, OU CONSERVEZ- VOUS VOS ORDURES?	Poubelle (réipient) avec couvercle.....1 Poubelle (réipient) sans couvercle.....2 Sacs ou sachets.....3 Autre.....6 (à préciser)	
5CC – COMMENT VOUS DEBARRASSEZ- VOUS DE CES ORDURES?	Ramassage public ou privé.....1 Enfouissement2 Incinération.....3 Dépôt autorisé.....4 Dépôt sauvage5 Autre.....6 (à préciser)	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe __ __ __ N°. de ménage __ __ __

MODULE VI : IODATION DU SEL		
1. JE VOUDRAIS VERIFIER SI LE SEL QUE VOUS UTILISEZ DANS VOTRE MENAGE EST IODE. EST- CE QUE JE POURRAIS VOIR UN PEU DE SEL QUE VOUS AVEZ UTILISE HIER SOIR POUR CUIRE LE REPAS PRINCIPAL DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE ? <i>Après avoir examiné le sel, encerclez le code correspondant au résultat du test.</i>	Non iodé 0 PPM (pas de couleur)1 Moins de 15 PPM (couleur faible).....2 15 PPM ou plus (couleur vive foncée)3 Pas de sel à la maison8 Sel pas testé.....9	

PASSEZ AU QUESTIONNAIRE FEMME ⇨

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la femme ____

QUESTIONNAIRE DE LA FEMME

MODULE I : CADRE D'INFORMATION DES FEMMES		
<i>Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne 5 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Remplissez une fiche pour chaque femme éligible.</i>		
1. Numéro de ligne de la femme (de la Feuille d'Enregistrement du ménage).	Numéro de ligne	
2. Nom de la femme.	Nom	
3A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ? <i>Ou :</i>	Date de naissance Mois/Année..... / NSP date de naissance..... 999999 <i>Ou :</i>	Si date connue ⇒ 3CC
3B. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge (en années révolues)	
3CC - QUELLE EST VOTRE ETHNIE ?	Ouolof.....1 Hal pular.....2 Serer.....3 Diola.....4 Mandingue, Socé.....5 Soninké, Sarakholé.....6 Autre ethnie sénégalaise.....7 Non sénégalais.....8	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe __ __ __ N°. de ménage __ __ __ N°. de ligne de la femme __ __

MODULE II : NAISSANCES		
<i>Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans. Les questions concernent seulement les naissances VIVANTES. Suivez les instructions fournies au cours de la formation. Voyez le manuel sur les Instructions aux enquêteurs.</i>		
1. AVEZ-VOUS JAMAIS DONNE NAISSANCE A UN ENFANT ? <i>Insistez en demandant :</i> JE VEUX DIRE, A UN ENFANT QUI A RESPIRE OU CRIE OU A MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL/ELLE N'A SURVECU QUE QUELQUES HEURES OU MINUTES?	Oui1 Non.....2	2⇒ MODULE SUR LE VIH/SIDA
11. QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE VOTRE DERNIER ENFANT (MEME S'IL/ELLE EST DECEDE/E) ?	Date de la dernière naissance Jour/Mois/Année.... __ __ / __ __ / __ __ __ __	
<i>Est-ce que la dernière naissance avait lieu au cours des 12 derniers mois, c'est à dire, depuis..... (inscrivez la date) ?</i> ☐ Oui : naissance vivante au cours des 12 derniers mois. ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR L'ANATOXINE TETANIQUE ☐ Non : pas de naissance vivante au cours des 12 derniers mois. ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR LE VIH/SIDA		

N°. de grappe _ _ _ N°. de ménage _ _ _ N°. de ligne de la femme _ _

MODULE III : ANATOXINE TETANIQUE (TT)		
<i>Ce module s'adresse à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des douze derniers mois.</i>		
1. AVEZ-VOUS UNE CARTE OU UN AUTRE DOCUMENT OU SONT INSCRITES VOS VACCINATIONS ? <i>Si la femme vous montre la carte, utilisez-la pour vous aider avec les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carte vue)1 Oui (carte pas vue)2 Non.....3 NSP.....9	
2. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION POUR LUI EVITER DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE (UNE PIQUE ANTITETANIQUE, UNE INJECTION EN HAUT DU BRAS OU DE L'EPAULE) ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.4 9⇒Q.4
3. <i>Si oui</i> : COMBIEN DE DOSES D'ANATOXINE TETANIQUE (INJECTIONS ANTITETANIQUES) AVEZ-VOUS REÇU AU COURS DE VOTRE DERNIERE GROSSESSE ?	Nombre de doses _ _ NSP.....99	
3.AA. Vérification <i>Combien de doses TT ont été enregistrées durant la dernière grossesse à Q.3 ?</i> ☐ <i>Au moins deux injections TT injections durant la dernière grossesse : ⇒ PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE.</i> ☐ <i>Moins de deux injections TT durant la dernière grossesse : ⇒ CONTINUEZ AVEC Q.4</i>		
4. AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION TT (<i>insister</i>) N'IMPORTE QUAND AVANT VOTRE DERNIERE GROSSESSE, AU COURS D'UNE GROSSESSE PRECEDENTE OU ENTRE LES GROSSESSES ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.7 9⇒Q.7
5. <i>Si oui</i> : COMBIEN DE DOSES AVEZ-VOUS REÇUES ?	Nombre de doses _ _	
6A. QUAND AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE DOSE ? <i>Ou :</i>	Date de la dernière dose Mois/Année..... _ _ / _ _ _ _ NSP date 999999 <i>Ou :</i>	Si date connue ⇒Q.7
6B. DEPUIS COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS REÇU LA DERNIERE DOSE ?	Durée en années _ _	
7. <i>Additionner les réponses à Q.3 et Q.5 pour obtenir le nombre total de doses au cours de la vie</i>	Nombre total de doses _ _	

PASSEZ AU MODULE SUR LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE ⇒

N°. de grappe _ _ _ N°. de ménage _ _ _ N°. de ligne de la femme _ _

MODULE IV : SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU-NE		
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante au cours des douze derniers mois.</i>		
Utilisez Q. 7 et 8 seulement dans les pays où existe une expression locale pour la cécité nocturne.		
1. AU COURS DES DEUX PREMIERS MOIS APRES LA DERNIERE NAISSANCE, AVEZ-VOUS REÇU UNE DOSE DE VITAMINE A COMME CELLE-CI ? <i>Montrez une capsule de 200,000 IU ou le flacon.</i>	Oui1 Non.....2 NSP.....9	
2. AVEZ-VOUS VU QUELQU'UN POUR LES SOINS PRENATALS AU SUJET DE CETTE GROSSESSE ? Si oui : QUI AVEZ-VOUS VU ? QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insistez sur le type de personne vue.</i> <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Personnel de santé : Médecin1 Infirmier/sage-femme2 Autre personne : Matrone3 Accoucheuse traditionnelle4 Autre 6 (à préciser) Personne0	
3. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE VOTRE DERNIER ENFANT (ou nom) ? QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insistez sur le type de personne qui a assisté et</i> <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Personnel de santé : Médecin1 Infirmier/sage-femme2 Autre personne : Matrone3 Accoucheuse traditionnelle4 Parente/amie5 Autre 6 (à préciser) Personne0	
3AA. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE VOTRE DERNIER ENFANT?	Dans la maison.....01 Hôpital.....02 Centre de santé.....03 Poste de santé.....04 Case de santé.....05 Maternité06 Clinique privée/cabinet médical.....07 Dispensaire privé catholique/mission....08 Autre..... 66 (à préciser)	
4. QUAND VOTRE DERNIER ENFANT (nom) EST NE, ETAIT-IL/ELLE TRES GROS/SE, PLUS GROS/SE QUE LA MOYENNE, MOYEN/NE, PLUS PETIT/E QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT/E ?	Très gros/se.....1 Plus gros/se que la moyenne2 Moyen/ne.....3 Plus petit/e que la moyenne4 Très petit/e.....5 NSP.....9	
5. (Nom) A-T-IL/ELLE ETE PESE/E A LA NAISSANCE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.7 9⇒Q.7
6. COMBIEN PESAIT (nom) ? <i>Enregistrez le poids du carnet de santé, si disponible.</i>	Du carnet.....1 (grammes) _ _ _ _ De mémoire.....2 (grammes) _ _ _ _	

	NSP..... 99999	
7. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE VOTRE DERNIER ENFANT, AVEZ-VOUS EU DES DIFFICULTES AVEC VOTRE VUE EN PLEIN JOUR ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	
8. AU COURS DE CETTE GROSSESSE-LA, AVEZ-VOUS SOUFFERT DE LA CECITE NOCTURNE (<i>utilisez l'expression locale</i>) ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la femme ____

MODULE VI : VIH/SIDA		
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes âgées de 15-49 ans.</i>		
1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE CE QUE VOUS CONNAISSEZ SUR LES MALADIES GRAVES, EN PARTICULIER, SUR LE VIH ET LE SIDA ? AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VIRUS VIH OU D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Q.18
2. Y A-T-IL QUELQUE CHOSE QU'UNE PERSONNE PUISSE FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.8 9⇒Q.8
3. MAINTENANT JE VAIS LIRE QUELQUES QUESTIONS SUR COMMENT ON PEUT SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA. CES QUESTIONS PORTENT SUR DES SUJETS RELATIFS A LA SEXUALITE ; CERTAINES PERSONNES PEUVENT TROUVER DIFFICILE D' Y REPONDRE. CEPENDANT, VOS REponses SONT TRES IMPORTANTES POUR NOUS AIDER A COMPRENDRE LES BESOINS DES GENS AU SENEGAL. JE REPETE ENCORE, CES INFORMATIONS SONT TOTALEMENT PRIVEES ET ANONYMES. JE VOUS PRIE DE REPONDRE OUI OU NON A CHACUNE DE CES QUESTIONS. PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA SI ON A UN SEUL PARTENAIRE SEXUEL NON-INFECTE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
4. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA A TRAVERS LES MOYENS SURNATURELS** ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
5. PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT CORRECTEMENT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ON A DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
6. PEUT-ON ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA A CAUSE DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
7. PEUT-ON SE PROTEGER CONTRE LE VIRUS DU SIDA EN EVITANT TOTALEMENT LES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
8. EST-CE POSSIBLE QU'UNE PERSONNE QUI APPARAÎT EN BONNE SANTE PEUT AVOIR LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	

9. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.12AA 9⇒Q.12AA
10. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
11. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
12. LE VIRUS DU SIDA PEUT-IL ETRE TRANSMIS D'UNE MERE A SON ENFANT PAR L'ALLAITEMENT MATERNEL ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
12AA. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LES REPAS AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
12BB. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LE MEME LIT AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
12CC. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN PEUT ETRE INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA MEME SERVIETTE AVEC UNE PERSONNE QUI A LE SIDA OU LE VIRUS QUI LE CAUSE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
12DD. PENSEZ-VOUS QUE QUELQU'UN QUI A LE SIDA OU LE VIH DOIT ETRE EN CONTACT AVEC UN ENFANT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....9	
15. JE NE VAIS PAS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE STATUT PAR RAPPORT AU VIH (<i>utilisez l'expression comprise localement</i>), MAIS NOUS NOUS INTERESSONS AU VOLUME DE LA DEMANDE DANS VOTRE COMMUNAUTE POUR LES TESTS DU VIH ET LE COUNSELING. DONC, JE VOUDRAIS VOUS DEMANDER: JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTE POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIH, LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Q.17
16. JE NE VEUX PAS SAVOIR LES RESULTATS DU TEST, MAIS VOUS A-T-ON PARLE DES RESUTATS ?	Oui.....1 Non.....2	
17. EN CE MOMENT, CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU VOUS POUVEZ ALLER FAIRE UN TEL TEST POUR VOIR SI VOUS AVEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	
18. Est-ce que la femme a la charge principale d'enfants de moins de cinq ans?		
☐ Oui : ⇒ PASSEZ AU QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS et administrez un questionnaire pour chaque enfant de moins de cinq ans dont elle a la charge. ☐ Non : ⇒ CONTINUEZ AVEC Q.19		
19. Y a-t-il une autre femme éligible qui habite dans le ménage ?		
☐ Oui : ⇒ Terminez l'interview actuelle en remerciant la femme de sa coopération et PASSEZ AU QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL DE LA FEMME pour l'administrer à la femme éligible suivante. ☐ Non : ⇒ Terminez l'interview avec la femme en la remerciant de sa coopération. Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et inscrivez le nombre de questionnaires remplis sur la page de couverture.		

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la pers. en charge ____ N°. de ligne de l'enfant ____

QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes qui ont la charge d'un enfant de moins de cinq ans vivant avec elles (voir Q.4 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque enfant éligible. Les questions doivent être posées à la mère ou la personne en charge de l'enfant éligible (voir Q.7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).

Inscrivez le numéro de ligne de chaque enfant, le numéro de ligne de la mère de l'enfant ou de la personne qui en a la charge, ainsi que les numéros de grappe et de ménage dans l'espace en haut de chaque page.

MODULE I : ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET EDUCATION A BAS AGE		
1. Nom de l'enfant.	Nom _____	
1A . Sexe de l'enfant (copiez de Q.3 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage).	Masculin.....1 Féminin.....2	
2 . Âge de l'enfant (copiez de Q.4 de la feuille d'enregistrement du ménage).	Âge (en années révolues).....__ __	
3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA SANTE DE CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 5 ANS A VOTRE CHARGE, QUI VIT ACTUELLEMENT AVEC VOUS. JE VEUX VOUS POSER DES QUESTIONS SUR (nom). EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE (nom) EST-IL/ELLE NE/E ? Insistez : QUEL EST SON ANNIVERSAIRE ? Si la mère connaît la date exacte de naissance, ajoutez également le jour ; sinon, inscrivez 99 pour le jour.	Date de naissance Jour/Mois/Année.... __ __ / __ __ / __ __ __ __	
4. (Nom) A-T-IL/ELLE UN CERTIFICAT DE NAISSANCE ? PUIS-JE LE VOIR ? Si le certificat est présenté, vérifiez la date de naissance déclarée. Si aucun certificat de naissance n'est présenté, essayez de vérifier la date en utilisant un autre document (carnet de santé, etc.). Corrigez l'âge déclaré, si nécessaire.	Oui, vu.....1 Oui, pas vu2 Non.....3 NSP.....9	1⇒Q.8
5. Si aucun certificat de naissance n'est montré demandez : EST-CE QUE LA NAISSANCE DE (nom) A ETE ENREGISTREE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	1⇒Q.8 9⇒Q.7
6. POURQUOI LA NAISSANCE DE (nom) N'A-T-ELLE PAS ETE ENREGISTREE ? Encerclez les codes coorespondant aux réponses données.	Coût trop élevé1 Eloignement centre enregistrement.....2 Ne savait pas qu'elle devrait être enregistrée3 En retard et ne voulait pas payer amende ..4 Ne sait pas où l'enregistrer.....5 Autre6 (à préciser) NSP.....9	

7. SAVEZ-VOUS COMMENT ENREGISTRER LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	
8. Vérifiez l'âge. Si 3 ans ou plus, demandez : (Nom) FREQUENTE-T-IL/ELLE UN PROGRAMME D'EDUCATION FORMELLE POUR ENFANTS EN BAS AGE (TEL QU'UN ETABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVE, Y COMPRIS UN JARDIN D'ENFANTS OU UNE GARDERIE COMMUNAUTAIRE) ?	Oui1 Non.....2 Moins de 3 ans8 NSP.....9	2⇒ MODULE SUIVANT 8⇒ MODULE SUIVANT 9⇒ MODULE SUIVANT
9. AU COURS DES SEPT DERNIERS JOURS, ENVIRON COMBIEN D'HEURES (nom) A-T- IL/ELLE ASSISTE ?	Nombre d'heures — —	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la pers. en charge ____ N°. de ligne de l'enfant ____

MODULE II : VITAMINE A																																														
1. (Nom) A-T-IL/ELLE DEJA REÇU UNE CAPSULE DE VITAMINE A (SUPPLEMENT) COMME CELLE-CI ? <i>Montrez la capsule ou le flacon</i>	Oui.....1 Non.....2 NSP9	2⇒3AA 9⇒3AA																																												
2. DEPUIS COMBIEN DE MOIS (nom) A PRIS LA DERNIERE DOSE ?	Nombre de mois..... NSP99																																													
3. D'OU (nom) A-T-IL/ELLE OBTENU CETTE DERNIERE DOSE ?	Visite de routine au centre de santé1 Visite d'enfant malade au centre de santé ..2 Journées Nationales de Vaccination.....3 Autre6 (à préciser) NSP9																																													
3AA - AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU DES MESSAGES FAISANT LA PROMOTION DE CERTAINS ALIMENTS CONTENANT LA VITAMINE A POUR EVITER LA MAUVAISE VUE ET LA CECITE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒3CC																																												
3BB – QUELS ALIMENTS CONTENANT LA VITAMINE A CONNAISSEZ-VOUS ? (Ne suggérez pas de réponse à l'enquête) <i>Encerclez tous les codes correspondant aux réponses données.</i>	Feuilles vertes.....01 Carottes02 Mangues03 Papaye.....04 Melons, pastèques.....05 Lait Maternel.....06 Oeuf.....07 Viande.....08 Poisson.....09 Huile de palme.....10 Autre66 (à préciser)																																													
3CC- AU COURS DES 7 DERNIERS JOURS, (nom) A-T-IL MANGE UN DES ALIMENTS SUIVANTS ? <i>Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1 - FEUILLES VERTES</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>2 - CAROTTES</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>3 - MANGUES</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>4 - PAPAYE</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>5 - MELONS, PASTÈQUES</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>6 - LAIT MATERNEL</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>7 - ŒUF</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>8 - VIANDE</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>9 - POISSON</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> <tr><td>10 - HUILE DE PALME</td><td>1</td><td>2</td><td>9</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	1 - FEUILLES VERTES	1	2	9	2 - CAROTTES	1	2	9	3 - MANGUES	1	2	9	4 - PAPAYE	1	2	9	5 - MELONS, PASTÈQUES	1	2	9	6 - LAIT MATERNEL	1	2	9	7 - ŒUF	1	2	9	8 - VIANDE	1	2	9	9 - POISSON	1	2	9	10 - HUILE DE PALME	1	2	9	
	OUI	NON	NSP																																											
1 - FEUILLES VERTES	1	2	9																																											
2 - CAROTTES	1	2	9																																											
3 - MANGUES	1	2	9																																											
4 - PAPAYE	1	2	9																																											
5 - MELONS, PASTÈQUES	1	2	9																																											
6 - LAIT MATERNEL	1	2	9																																											
7 - ŒUF	1	2	9																																											
8 - VIANDE	1	2	9																																											
9 - POISSON	1	2	9																																											
10 - HUILE DE PALME	1	2	9																																											

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la pers. en charge ____ N°. de ligne de l'enfant ____

MODULE IV : TRAITEMENT DES MALADIES																																																						
1. (Nom) A-T-IL/ELLE EU LA DIARRHÉE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ? <i>La diarrhée est déterminée par la mère ou la personne en charge, ou elle est définie comme trois selles liquides ou plus par jour ou par la présence de sang dans les selles.</i>	Oui1 Non.....2 NSP.....9	1⇒Q.3																																																				
2. COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES, (NOM) AVAIT-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE AUTRE MALADIE TELS QUE LA TOUX, LA FIEVRE OU D'UN AUTRE PROBLEME DE SANTÉ ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	1⇒Q.4 2⇒Q.11 9⇒Q.11																																																				
3. AU COURS DE CE DERNIER EPISODE DE DIARRHÉE, (nom) A-T-IL/ELLE BU UNE DES CHOSES SUIVANTES : <i>Lisez chaque élément à haute voix et encerclez le code adéquat avant de continuer avec l'élément suivant.</i> 3A - LAIT MATERNEL 3B - BOUILLIE DE CEREALES 3C – JUS DE PAIN DE SINGE 3D - SOLUTION SALÉE SUCRÉE 3E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE, NEP NEP, MBAL 3F – LAIT CAILLÉE, YAOURT 3G - SRO 3H - EAU SIMPLE 3I – AUTRE 3J.RIEN	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A - LAIT MATERNEL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>B - BOUILLIE DE CEREALES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>C - JUS DE PAIN DE SINGE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>D - SOLUTION SALEE SUCREE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE NEP NEP, MBAL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F - LAIT CAILLÉE, YAOURT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>G - SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>H - EAU SIMPLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>I - AUTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> <tr> <td>J – RIEN</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>9</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	A - LAIT MATERNEL	1	2	9	B - BOUILLIE DE CEREALES	1	2	9	C - JUS DE PAIN DE SINGE	1	2	9	D - SOLUTION SALEE SUCREE	1	2		9				E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE NEP NEP, MBAL	1	2		9				F - LAIT CAILLÉE, YAOURT	1	2	9	G - SRO	1	2	9	H - EAU SIMPLE	1	2	9	I - AUTRE	1	2	9	J – RIEN	1	2	9	J =1 ⇒Q.5
	OUI	NON	NSP																																																			
A - LAIT MATERNEL	1	2	9																																																			
B - BOUILLIE DE CEREALES	1	2	9																																																			
C - JUS DE PAIN DE SINGE	1	2	9																																																			
D - SOLUTION SALEE SUCREE	1	2																																																				
9																																																						
E - TISANE, DECOCTION DES FEUILLES DE GOYAVE NEP NEP, MBAL	1	2																																																				
9																																																						
F - LAIT CAILLÉE, YAOURT	1	2	9																																																			
G - SRO	1	2	9																																																			
H - EAU SIMPLE	1	2	9																																																			
I - AUTRE	1	2	9																																																			
J – RIEN	1	2	9																																																			
4. AU COURS DE LA MALADIE DE (nom), A-T-IL/ELLE BU BEAUCOUP MOINS, A PEU PRES LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ?	Pas du tout1 Beaucoup moins que d'habitude2 Un petit peu moins que d'habitude3 A peu près la même quantité4 Plus que d'habitude5 NSP.....9																																																					
5. AU COURS DE LA MALADIE DE (nom), A-T-IL/ELLE MANGE MOINS, A PEU PRES LA MEME QUANTITE OU PLUS QUE D'HABITUDE ? <i>Si « moins », insistez : BEAUCOUP MOINS OU UN PETIT PEU MOINS QUE D'HABITUDE ?</i>	Pas du tout1 Beaucoup moins que d'habitude2 Un petit peu moins que d'habitude3 A peu près la même quantité4 Plus que d'habitude5 NSP.....9																																																					
6. (Nom) A-T-IL/ELLE EU UNE MALADIE AVEC LA TOUX A UN MOMENT QUELCONQUE AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, C'EST-A-DIRE, DEPUIS (jour de la semaine) DE L'AVANT DERNIÈRE SEMAINE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.11 9⇒Q.11																																																				

7. QUAND (nom) ETAIT MALADE DE LA TOUX, RESPIRAIT-IL/ELLE PLUS RAPIDEMENT QUE D'HABITUDE AVEC UN SOUFFLE COURT ET RAPIDE OU AVAIT-IL/ELLE DES DIFFICULTES A RESPIRER ?	Oui 1 Non 2 NSP 9	2⇒Q.11 9⇒Q.11
8. LES SYMPTOMES ETAIENT-ILS DUS A UN PROBLEME DANS LA POITRINE OU A UN NEZ BOUCHE ?	Nez bouché 1 Problème dans la poitrine 2 Les deux 3 Autre 6 (à préciser) NSP 9	1⇒Q.11 6⇒Q.11
9. AVEZ-VOUS DEMANDE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT HORS DE LA MAISON ?	Oui 1 Non 2 NSP 9	2⇒Q.11 9⇒Q.11
10. OU AVEZ-VOUS DEMANDE LES SOINS ? QUELQUE PART AILLEURS ? <i>Encerclez tous les endroits cités, Mais N'insistez PAS.</i>	Hôpital..... 01 Centre de santé..... 02 Dispensaire/Poste de Santé 03 Case de santé 04 Âgent de santé du village 05 Clinique SMI..... 06 Clinique mobile..... 07 Médecin privé..... 08 Pharmacie ou vendeur de médicaments.. 09 Automédication..... 10 Guérisseur traditionnel..... 11 Parent ou ami 12 Autre 66 (à préciser)	
<i>Posez cette question (Q.11) seulement une fois pour chaque personne qui a la charge d'un enfant.</i> 11. PARFOIS LES ENFANTS ONT DES MALADIES SEVERES ET IL FAUT LES CONDUIRE TOUT DE SUITE A UN ETABLISSEMENT DE SANTE. POUR QUELS SYMPTOMES EMMENERIEZ-VOUS VOTRE ENFANT A UN ETABLISSEMENT DE SANTE IMMEDIATEMENT ? <i>Continuez à demander les signes/symptômes jusqu'à ce que l'enquête ne puisse pas s'en rappeler d'autres, mais NE lui faites PAS de suggestions.</i>	Enfant ne peut pas boire ou téter..... 01 Enfant devient plus malade..... 02 Enfant développe une fièvre 03 Enfant a une respiration rapide 04 Enfant a des difficultés à respirer 05 Enfant a du sang dans les selles 06 Enfant boit difficilement..... 07 Autre 66 (à préciser) Autre 67 (à préciser) Autre 68 (à préciser)	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la pers. en charge ____ N°. de ligne de l'enfant ____

MODULE V : PALUDISME		
1. AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES, C'EST A DIRE DEPUIS (<i>jour de la semaine</i>) DE L'AVANT DERNIERE SEMAINE, (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE SOUFFERT D'UNE FIEVRE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.8 9⇒Q.8
2. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE ETE CONSULTE/E DANS UNE STRUCTURE SANITAIRE POUR CETTE MALADIE?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.6 9⇒Q.6
3. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME QUI LUI A ETE PRESCRIT A LA STRUCTURE SANITAIRE?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.5 9⇒Q.5
4. QUEL MEDICAMENT (<i>nom</i>) A-T-IL/ELLE PRIS QUI LUI A ETE PRESCRIT A LA STRUCTURE SANITAIRE ? <i>Encerclez tous les médicaments cités.</i>	Paracétamol/Aspirine.....1 Chloroquine/Nivaquine.....2 Fansidar3 Quinimax/Palujet.....4 Autre6 (à préciser) NSP.....9	
5. A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME AVANT DE LE CONDUIRE A LA STRUCTURE SANITAIRE?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	1⇒Q.7 2⇒Q.8 9⇒Q.8
6. A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>) UN MEDICAMENT CONTRE LA FIEVRE OU LE PALUDISME DURANT CETTE MALADIE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q.8 9⇒Q.8
7. QUEL MEDICAMENT A-T-ON DONNE A (<i>nom</i>)? <i>Encerclez tous les médicaments donnés avant de visiter l'établissement de santé ou s'il n'y a pas eu de visite à un établissement de santé.</i>	Paracétamol/ Aspirine.....1 Chloroquine/Nivaquine.....2 Fansidar3 Quinimax/Palujet.....4 Autre6 (à préciser NSP.....9	
8. (<i>Nom</i>) A-T-IL/ELLE DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE LA NUIT DERNIERE ?	Oui1 Non.....2 NSP.....9	2⇒Q10AA 9⇒Q10AA

9. CETTE MOUSTIQUAIRE ETAIT-ELLE TRAITEE AVEC UN PRODUIT ANTI-MOUSTIQUE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP9	2⇒ MODULE SUIVANT 9⇒ MODULE SUIVANT
10. DEPUIS COMBIEN DE TEMPS LA MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ETE TRAITEE LA DERNIERE FOIS ?	Nombres de mois.....__ __ NSP99	⇒MODULE SUIVANT ⇒MODULE SUIVANT
10AA. COMMENT L'ENFANT EST-IL PROTEGE CONTRE LES MOUSTIQUES ?	Pas protégé..... 1 Insecticide..... 2 Moustiquaire..... 3 Autre..... 6 <i>(à préciser)</i>	

PASSEZ AU MODULE SUIVANT ⇒

N°. de grappe ____ N°. de ménage ____ N°. de ligne de la pers. en charge ____ N°. de ligne de l'enfant ____

MODULE VII : ANTHROPOMETRIE		
Après avoir complété les questionnaires pour tous les enfants, l'opérateur pèse et mesure chaque enfant. Notez le poids et la taille couché ou la taille debout ci-dessous, en prenant soin d'enregistrer la mesure sur le bon questionnaire pour cet enfant. Vérifiez le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la Feuille d'Enregistrement du Ménage avant d'enregistrer les mesures.		
1 Poids de l'enfant.	Kilogrammes (kg)..... ____ . ____	
2. Taille de l'enfant. Vérifiez l'âge de l'enfant : ☐ Enfant de moins de 2 ans. ⇒ prenez la taille (couché). ☐ Enfant de 2 ans ou plus. ⇒ prenez la taille (debout).	Taille (couché) (cm)1 ____ . ____ Taille (debout) (cm)2 ____ . ____	
3. Code d'identification de l'opérateur.	Code de l'opérateur ____	
4. Résultat.	Mesuré1 Absent2 Refusé3 Autre 6 (à préciser)	
5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? ☐ Oui: ⇒ Enregistrez les mesures pour l'enfant suivant. ☐ Non : ⇒ Terminez l'interview avec ce ménage en remerciant tous les participants de leur coopération. Rassemblez tous les questionnaires de ce ménage et vérifiez que les numéros d'identification figurent en haut de chaque page. Inscrivez le nombre des questionnaires remplis sur la page de couverture.		