

## \*DÉCLARATION DE CONSENTEMENT ÉclairÉ pour le test du VIH

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES ADULTES DE 18 ANS ET PLUS

Bonjour. Mon nom est (votre nom) et je travaille pour le Ministère de l'Économie, du Plan et de la Coopération Internationale qui organise cette enquête nationale sur la santé des femmes, des hommes et des enfants.

Dans le cadre de cette enquête, nous faisons une étude de VIH/SIDA parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes en train de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine..

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Avez-vous des questions?

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

### CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LES JEUNES DE 15-17 ANS

#### 1<sup>ère</sup> étape: Demander d'abord le consentement éclairé du parent/adulte responsable

L'étude de VIH/Sida inclut les jeunes femmes et hommes à partir de 15 ans. Pour le test de VIH de ces jeunes personnes de l'âge 15 à 17 ans nous demandons que leur parent ou un adulte responsable donne leur consentement, aussi bien que le/la jeune. Nous demandons que la jeune personne, [NOM], participe au test de VIH en nous donnant quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux remettre à [NOM DE JEUNE] une fiche de référence pour qu'il/elle se rende dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit. Maintenant, est-ce que vous acceptez que [NOM DE JEUNE] puisse participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH7 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

#### 2<sup>e</sup> étape: Consentement éclairé du jeune

SI LE PARENT/ADULTE RESPONSABLE DU JEUNE A ACCEPTÉ QU'IL PARTICIPE AU TEST, LIRE LE CONSENTEMENT AU JEUNE.

Dans le cadre de l'enquête, nous faisons une étude de VIH/Sida parmi les femmes âgées de 15 à 49 ans et les hommes âgés de 15 à 59 ans. Vous savez, peut-être que le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie grave, habituellement mortelle. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du sida en République Centrafricaine.

Pour le test de VIH, nous invitons toutes les femmes et tous les hommes éligibles de tout le pays à donner quelques gouttes de sang d'un doigt. Pour prélever ces gouttes, nous utiliserons des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Ils n'ont jamais été utilisés avant vous, et ils ne seront pas utilisés après.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Aucun nom ne sera relevé ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner les résultats de votre test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Cependant, si vous le souhaitez, je peux vous remettre une fiche de référence pour vous rendre dans un Centre de Dépistage Volontaire pour un test gratuit.

Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?

PASSER À LA COLONNE TH8 ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

## RÉPUBLIQUE CENTRAFRICAINE

## QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

### PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque femme éligible.

WM1. Numéro de grappe : ____ ____ ____	WM2. Numéro de ménage ____ ____
WM3. Nom de la femme : _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : ____ ____
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview ____ / ____ / ____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée : NOUS FAISONS PARTIE (ICASEES). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (précisez).....96
WM8. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom _____	WM9. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
WM10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes ..... : ____

### CARACTERISTIQUES DE LA FEMME

WB

WB1	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE?	Date de naissance: Mois..... NSP mois.....98 Année..... NSP année.....9998
WB2	QUEL AGE AVEZ-VOUS? Insistez: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE? Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes	Âge (en années révolues) ..... ____
WB3	AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE?	Oui.....1 Non.....2 2⇒WB7
WB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT?	Maternelle.....0 0⇒WB7 Primaire.....1 Secondaire.....2 Supérieur.....3
WB5	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe ..... ____
WB6	Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec WB7	

WB7	J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez: POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE?	Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée..... 4 (précisez langue) Aveugle/muette/problème de vue/élocution ..... 5
WB8.	QUEL EST VOTRE OCCUPATION OU MÉTIER ?	Occupation/métier.....

**MORTALITÉ DES ENFANTS****CM**

Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.		
CM1	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM8
CM2	QUELLE EST LA DATE DE VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIÈRE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI LE PERE N'EST PLUS VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. Sauter à CM4 seulement si l'année de naissance est donnée. Sinon, continuez avec CM3.	Date de la première naissance Jour ..... NSP Jour.....98 Mois..... NSP mois .....98 Année..... ⇒CM4 NSP année..... 9998
CM3	IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ EU VOTRE PREMIÈRE NAISSANCE?	Années révolues depuis la première naissance.....
CM4	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM6
CM5	COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils à la maison ..... Filles à la maison .....
CM6	AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM8
CM7	COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS? Si aucun, enregistrez '00'.	Fils ailleurs..... Filles ailleurs.....
CM8	AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE? Si "Non" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒CM10
CM9	COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉS? Si aucun, enregistrez '00'.	Garçons décédés..... Filles décédées.....
CM10	Faites la somme des réponses à CM5, CM7, et CM9.	Somme.....
CM11	JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS: VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT? <input type="checkbox"/> Oui. Vérifiez ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Allez au module des SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuez avec CM12 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec CM12	

CM12	DE TOUTES CES (nombre total) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE LA DERNIÈRE (MEME SI IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E))? Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de la dernière naissance Jour ..... NSP Jour..... 98 Mois..... Année.....
CM13	Vérifiez CM12 : Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'interview) en <b>2008</b> . <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Demandez le nom de l'enfant. Nom de l'enfant..... Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants. Continuez avec le module suivant.	

**DESIR DE LA DERNIÈRE NAISSANCE****DB**

Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici : ..... Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes la où c'est indiqué.		
DB1	QUAND VOUS ÊTES TOMBÉE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui..... 1 Non..... 2 1⇒Module suivant
DB2	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard..... 1 Pas d'enfant ..... 2 2⇒Module suivant
DB3	COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITÉ ATTENDRE?	Mois..... 1 Années ..... 2 NSP ..... 998

**SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ****MN**

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né ..... Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.		
MN1	AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN5
MN2	QUI AVEZ-VOUS VU? Insistez: QUELQU'UN D'AUTRE? Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.	Professionnel de la santé: Médecin .....A Infirmière/sage-femme .....B Sage-femme auxiliaire ..... C Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaireG Autre (précisez) ..... X
MN3	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE?	Nombre de fois ..... NSP ..... 98
MN4	DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION? [B] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DE L'URINE? [C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG?	Non Tension .....1 2 Échantillon d'urine .....1 2 Prélèvement sanguin .....1 2
MN5	AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT? Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.	Oui (carnet vu)..... 1 Oui (carnet non vu) ..... 2 Non..... 3 NSP ..... 8

MN6	QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN9 NSP..... 8 8⇒MN9
MN7	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois ..... __ NSP..... 8 8⇒MN9
MN8	Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Allez à MN12 <input type="checkbox"/> Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9	
MN9	EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN12 NSP..... 8 8⇒MN12
MN10	AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois ..... __ NSP..... 8 8⇒MN12
MN11	CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom)?	Il y a année..... __ __
MN12	Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse: <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Allez à MN17	
MN13	AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN17 NSP..... 8 8⇒MN17
MN14	QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME? Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéen courant.	SP/Fansidar ..... A Chloroquine..... B Autre (précisez) ..... X NSP..... Z
MN15	Vérifiez MN14 pour le médicament pris: <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇒ Continuez avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇒ Allez à MN17	
MN16	AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR?	Nombre de fois ..... __ __ NSP..... 98
MN17	QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom)? Insistez: QUELQU'UN D'AUTRE? Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées. Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.	Professionnel de la santé: Médecin ..... A Infirmière/Sage-femme ..... B Sage-femme auxiliaire ..... C Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaireG Parent(e) / Ami(e) ..... H Autre (précisez) ..... X Personne ..... Y

MN18	OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ? Insistez pour obtenir le type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.  ----- (Nom de l'endroit)	Domicile Votre domicile ..... 11 11⇒MN19D Autre domicile ..... 12 12⇒MN19D Secteur public Hôpital du Gouvernement ..... 21 Clinique / Centre de santé du Gouv. .... 22 Poste de santé du Gouv. .... 23 Autre public (précisez) ..... 26 Secteur médical privé Hôpital privé ..... 31 Clinique privée ..... 32 Maternité privée ..... 33 Autre privé médical (précisez) 36 Autre (précisez) ..... 96 96⇒MN20
MN19	AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CÉSARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BÉBÉ?	Oui..... 1 Non..... 2
MN20	QUAND (nom) EST NE(E), ÉTAIT-IL/ELLE: TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT?	Très gros ..... 1 Plus gros que la moyenne..... 2 Moyen ..... 3 Plus petit que la moyenne ..... 4 Très petit ..... 5 NSP ..... 8
MN21	(nom) A-T-IL /ELLE ÉTÉ PESÉ (E) À LA NAISSANCE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒MN23 NSP ..... 8 8⇒MN23
MN22	COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE? Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.	Du carnet de santé1 (kg) __ , __ __ __ De mémoire... 2 (kg) __ , __ __ NSP ..... 99998
MN23	EST-CE QUE VOS RÉGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2
MN24	AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒ Module suivant
MN25	COMBIEN DE TEMPS APRÈS LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIÈRE FOIS? Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours	Immédiatement ..... 000 Heures..... 1__ __ Jours ..... 2__ __ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas998
MN26	DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (nom) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒ Module suivant
MN27	QU'A-T-ON DONNÉ À BOIRE À (nom)? Insistez: RIEN D'AUTRE? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	Lait (autre que du lait maternel)... A Eau ..... B Eau sucrée/eau glucosée ..... C Calmant pour coliques ..... D Solution eau salée/sucrée ..... E Jus de fruit ..... F Préparation pour bébé..... G Thé / Infusions..... H Miel..... I Autre (précisez) ..... X

**SYMPTÔMES DE MALADIES****IS**

IS1	Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9 L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec IS2. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez au Module suivant.	
IS2	IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A MENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE? Insistez: AUCUN AUTRE SYMPTOME? Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes. Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses	Enfant incapable de boire ou de têter.....A État de l'enfant s'aggrave.....B Enfant devient fiévreux.....C Enfant respire rapidement.....D Enfant a des difficultés pour respirer.....E Enfant a du sang dans les selles...F Enfant boit difficilement.....G Autre (précisez).....X Autre (précisez).....Y Autre (précisez).....Z

**CONTRACEPTION****CP**

CP1	JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET – LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte.....1 Non.....2 Pas sûre ou NSP.....8	1⇒ Module suivant
CP2	CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒ Module suivant
CP3	QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE? Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.	Stérilisation féminine.....A Stérilisation masculine.....B DIU.....C Injections.....D Implants.....E Pilules.....F Condom masculin.....G Condom féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/gelée.....J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique/Rythme...L Retrait.....M Autre (précisez).....X	

**BESOINS NON SATISFAITS****UN**

UN1	Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Aller à UN5
-----	---

UN2	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui.....1 Non.....2	1⇒UN4
UN3	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard.....1 Pas d'autre enfant.....2	
UN4	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant.....1 Pas d'autre enfant.....2 Indécise /Ne Sait Pas.....8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5	Vérifier CP3. Utilisez la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
UN6	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant.....1 Pas d' (autre) enfant.....2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte.....3 Indécise / Ne Sait Pas.....8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7	COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT?	Mois.....1 Années.....2 Bientôt/Maintenant.....993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte.....994 Après le mariage.....995 Autre.....996 NSP.....998	994⇒UN11
UN8	Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		
UN9	Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10	PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒UN13 8⇒UN13
UN11	POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents.....A Ménopause.....B N'a jamais eu de règles.....C Hystérectomie (utérus enlevé)....D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès.....E Est en aménorrhée postpartum...F Allaite.....G Trop âgée.....H Fataliste.....I Autre (spécifier).....X Ne sait pas.....Z	
UN12	Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN13		

UN13	QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCEE?	Jours .....	1	----
		Semaines .....	2	----
		Mois .....	3	----
		Années .....	4	----
		Ménopausée / A eu une hystérectomie .....	994	
		Avant la dernière naissance .....	995	
		N'a jamais eu de règles .....	996	

**MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION****FG**

FG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION?	Oui.....1 Non.....2	1⇒FG3
FG2	DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
FG3	VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE?	Oui.....1 Non.....2	2⇒FG9
FG4	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒FG6
FG5	VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
FG6	VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE? Si nécessaire, insistez: LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
FG7	QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE? Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.	Age à l'excision..... NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre..... 98	
FG8	QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION?	Professionnel de la santé Médecin .....11 Infirmière/sage-femme.....12 Autre professionnel de la santé (précisez) .....16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle .....21 Accoucheuse traditionnelle .....22 Autre traditionnelle (précisez) _ 26 NSP ..... 98	
FG9	Vérifiez CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer la somme ici	Nombre total de filles vivantes ____	
FG10	JUSTE POUR ETRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11 <input type="checkbox"/> Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faites les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui		
FG11	Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses filles en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Ecrire le nom de chaque fille en FG12. Poser alors les questions FG13 à FG20 pour une fille à la fois. Le nombre total de filles à FG12 doit être égal au nombre de FG9 Si plus de 4filles, utiliser un questionnaire de plus.		

		Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille#4
FG12.	NOM DE LA FILLE	-----	-----	-----	-----
FG12A	NUMERO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MENAGE Si ne vit pas dans le ménage inscrivez 00	-----	-----	-----	-----
FG13.	QUEL AGE A (nom)?	Age.....	Age.....	Age.....	Age.....
FG14.	EST-CE QUE (nom) A MOINS DE 15 ANS?	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG15.	EST-CE QUE (nom)A ETE EXCISEE?	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22	Oui.....1 Non .....2 Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22
FG16.	QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE? Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98	Age..... NSP.....98
FG17.	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA: A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES?	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8
FG18.	LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER?	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8
FG19.	LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE? Si nécessaire, insistez: LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE?	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8	Oui.....1 Non .....2 NSP.....8
FG20.	QUI A PROCEDE A L'EXCISION?	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle.....21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser) .....26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle.....21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser) .....26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle.....21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser) .....26 NSP.....98	Professionnel de santé Médecin .....11 Infirmière/Sage-femme .....12 Autre professionnel santé (préciser).....16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle.....21 Accoucheuse Traditionnelle.....22 Autre traditionnelle (préciser) .....26 NSP.....98
FG21.		Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22	Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22

Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé

FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE?	Maintenue.....	1
	Disparaître.....	2
	Cela dépend.....	3
	NSP.....	8

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

**DV**

DV1		Oui	Non	NSP
PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :				
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8
[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?	Argumente.....	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8
[F] SI ELLE LE TROMPE AVEC UN AUTRE HOMME	Tromper avec un autre homme.....	1	2	8

**MARIAGE/UNION**

**MA**

MA1	ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Oui, actuellement mariée.....	1	
		Oui, vit avec un homme.....	2	
		Non, pas en union.....	3	3⇒MA5
MA2	QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE? Insistez: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE?	Âge en années.....	__ __	
		NSP.....	98	
MA3	EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE?	Oui.....	1	
		Non.....	2	2⇒MA7
MA4	COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL?	Nombre.....	__ __	⇒MA7
		NSP.....	98	98⇒MA7
MA5	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Oui, a été mariée.....	1	
		Oui, a vécu avec un homme.....	2	
		Non.....	3	⇒Module suivant
MA6	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE: ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE?	Veuve.....	1	
		Divorcée.....	2	
		Séparée.....	3	
MA7	AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois.....	1	
		Plus d'une fois.....	2	
MA8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE?	Date du premier mariage		
		Mois.....	__ __	
		NSP mois.....	98	
		Année.....	__ __	
		NSP année.....	9998	⇒Module suivant
MA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE?	Âge en années révolues.....	__ __	

**COMPORTEMENT SEXUEL**

**SB**

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.			
SB1.	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels 00 Age en années révolues..... 1ère fois en commençant à vivre avec (1 <sup>er</sup> ) mari/partenaire.....	95 00⇒ Module suivant
SB2.	LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... Non..... NSP / Ne se souvient pas.....	1 2 8
SB3.	QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.	Il y a ... jours..... Il y a ... semaines..... Il y a ... mois..... Il y a ...ans.....	1 __ __ 2 __ __ 3 __ __ 4 __ __ 4⇒SB15
SB4.	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... Non.....	1 2
SB5.	QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? Insister pour vous assurez que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel	Mari..... Partenaire cohabitant..... Petit ami..... Rencontre occasionnelle..... Autre (précisez).....	1 2 3 3⇒SB7 4 4⇒SB7 6 6⇒SB7
SB6.	Vérifier MA1: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7		
SB7.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel... NSP / Ne se souvient pas.....	__ __ __ 98
SB8.	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... Non.....	1 2 2⇒SB15
SB9.	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE?	Oui..... Non.....	1 2
SB10.	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE? INSISTER POUR VOUS ASSUREZ QUE LA REponse REFERE AU TYPE DE RELATION AU MOMENT DU RAPPORT SEXUEL SI "PETIT AMI", DEMANDER: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE? SI 'OUI', ENCERCLEZ 2. SI 'NON', ENCERCLEZ 3.	Mari..... Partenaire cohabitant..... Petit ami..... Rencontre occasionnelle..... Autre (précisez).....	1 2 3 3⇒SB12 4 4⇒SB12 6 6⇒SB12
SB11.	Vérifier MA1 et MA7: <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été marié ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇒ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇒ Continuer avec SB12		
SB12.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE?	Âge du partenaire sexuel..... NSP.....	__ __ __ 98

SB13.	MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui.....1 Non.....2	2⇒SB15
SB14.	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Nombre de partenaires.....	
SB15.	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE? En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation. Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.	Nombre de partenaires au cours de la vie..... NSP.....98	

## VIH/SIDA

## HA

HA1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒WM11
HA2	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA3	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA4	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA5	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA6	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA8	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE: [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement.....1 2 8 En allaitant.....1 2 8	
HA9	À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	

HA10	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA11	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA12	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA13	Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années? <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez à HA24. <input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Continuez avec HA14		
HA14	Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Allez à HA24		
HA15	AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR : [A] QUE LES BEBES PEUVENT ETRE INFECTES PAR LE VIRUS DU SIDA A PARTIR DE LEURS MERES [B] CE QU'IL FAUT FAIRE POUR PREVENIR LE RISQUE D'INFECTION PAR LE VIRUS DU SIDA? [C] LE TEST DE DEPISTAGE DU VIRUS DU SIDA? AVEZ-VOUS ETE : [D] DEMANDE DE FAIRE LE TEST DU VIRUS DU SIDA?	Oui Non NSP SIDA de la mère.....1 2 8 Ce qu'il faut faire.....1 2 8 Test du SIDA.....1 2 8 Demandé de faire le test.....1 2 8	
HA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒HA22 8⇒HA22
HA18	QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS RECU DES CONSEILS?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19	Vérifiez MN17: Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Allez à HA24		
HA20	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA24
HA21	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2	
HA22	AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒HA25
HA23	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus.....3	1⇒WM11 2⇒WM11 3⇒WM11

HA24	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA27
HA25	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois .....1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 2 ans ou plus .....3	
HA26	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒WM11 2⇒WM11 8⇒WM11
HA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	
WM11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes ..... : .....	
WM12	L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9.	<input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.	
<b>Observations de l'enquêteur/enquêtrice</b>			
<b>Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain</b>			
<b>Observations du superviseur</b>			

**QUESTIONNAIRE POUR LES ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS**

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

**UF**

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

UF1. Numéro de grappe: _____	UF2. Numéro de ménage: _____
UF3. Nom de l'enfant: _____	UF4. Numéro de ligne de l'enfant: _____
UF5. Nom de la mère / gardienne: _____	UF6. Numéro de ligne de la mère / gardienne: _____
UF7. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice: _____	UF8. Jour / Mois / Année de l'interview: _____
Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée : NOUS FAISONS PARTIE DE L'EQUIPE D'ENQUETEURS DE L'ICASEES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (nom). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET. Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lisez la phrase suivante: MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE LA SANTE ET DU BIEN-ETRE DE (NOM DE L'ENFANT EN UF3). L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (NOMBRE) MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.	
PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à UF12 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez UF9. Discutez ce résultat avec votre superviseur.	
UF9. Résultat de l'interview pour les enfants de moins de 5 ans:	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (précisez).....96
UF10. Contrôlé sur le terrain par (Nom et code): Nom.....	UF11. Agent de saisie (Nom et code): Nom.....
UF12. Enregistrez l'heure du début de l'interview.	Heure et minutes ..... : .....

**AGE**

**AG**

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