

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<i>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 doit être utilisé pour chaque femme éligible.</i>		
WMA. Wilaya		_ _
WMB. Commune:		_ _
WM1. Numéro de la grappe:.....		_ _
WM2. Numéro du ménage.....		_ _
WM3 Nom de la femme enquêtée		
WM4. Numéro de ligne de la femme		_ _
WM5. Nom et Code de l'enquêtrice		_ _
WM6. Jour/Mois/Année de l'interview		_ _ _

Si pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :
Nous faisons partie du ministère de la sante, de la population et de la réforme hospitalière. Nous travaillons sur un projet concernant la santé familiale et l'éducation. Je voudrais parler avec vous de ces sujets. L'interview devrait prendre environ 45 minutes. toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l'équipe 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 votre santé et d'autres sujets. L'interview devrait prendre environ 45 minutes. toutes les informations que nous recueillons resteront strictement confidentielles et vos réponses ne seront jamais divulguées à personne en dehors de l'équipe du projet.

Puis-je commencer maintenant ?

- Oui, permission accordée* *Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'interview.*
- Non, permission non accordée* *Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre Contrôleur*

WM7. Résultat final de l'interview(*) _ _
(*) Codes du résultat : 01. Rempli - 02. Absent - 03. Refus - 04. Partiellement rempli - 05. Incapacité - 96 - Autre: (préciser)

TABLEAU DE CONTROLE ET DE VERIFICATION DU BUREAU

WM8. Contrôlé par (Nom et numéro): Nom _____ Code _ _	WM9. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____ Code _ _
--	--

WM10. Enregistrez l'heure de début de l'interview :	Heure et minutes.....	_ _ _
--	-----------------------	---------

MODULE 1 : CARACTERISTIQUES DE LA FEMME				WB
N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
WB1	Quelle est votre date de naissance ? <i>Inscrire le jour, le mois et l'année de naissance</i>	Jour	_ _	
		NSP le jour	98	
		Mois	_ _	
		NSP le mois	98	
		Année	_ _ _	
		Ne Sait pas l'année	9998	
WB2	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? <i>Comparez et corrigez les questions WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Age en années révolues	_ _	
WB3	Avez-vous déjà été à l'école ou l'école maternelle y compris le préscolaire ?	Oui	1	WB7
		Non	2	
WB4	Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez atteint ?	Ecole maternelle et ou préscolaire	0	WB7
		Primaire	1	
		Moyen	2	
		Secondaire	3	
		Supérieur	4	
WB5	Dans ce niveau, quelle est la dernière classe dans laquelle vous avez réussi ? Si moins d'une classe/année, inscrivez "00"	Dernière classe réussie	_ _	
WB6	<i>Vérifiez WB4 : Si</i> <input type="checkbox"/> <i>Moyen, Secondaire ou Supérieur. Allez au module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Primaire Continuez avec WB7</i>			
WB7	J'aimerais maintenant que vous me lisiez cette phrase. <i>Montrez les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez :</i> 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	
		Aveugle/muette/problème de vue et/ou d'élocution	5	

MODULE 2: MARIAGE				MA
N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
MA1	Êtes-vous actuellement mariée ?	Oui, actuellement mariée	1	
		Non	3	MA5
MA2	Quel âge à votre mari? Insister : Quel âge avait t'il a son dernier anniversaire ?	Age en années révolues	_ _	
		NSP	98	
MA3	En plus de vous-même, est-ce que votre mari a d'autres épouses ?	Oui	1	
		Non	2	MA7
		NSP	8	
MA4	Combien d'autres femmes a-t-il ?	Nombre d'autres épouses	_	MA7
		NSP	8	
MA5	Avez-vous déjà été mariée?	Oui, a été mariée	1	
		Non	3	Module 7
MA6	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle? êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	Veuve	1	
		Divorcée	2	
		Séparée	3	
MA7	Avez-vous été mariée une fois ou plus d'une fois ?	Une seule fois	1	
		Plus d'une fois	2	
MA8	<i>Enquêtrice : Vérifier a partir de la réponse a la question précédente : Si mariée une <u>Seule fois</u> :</i> En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari ? <i>Si mariée <u>Plus d'une fois</u></i> Maintenant, je voudrais vous parler de votre premier mariage : en quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre premier mari ?	Mois	_ _	
		Ne sait pas le mois	98	
		Année	_ _ _ _	Module Suivant
		Ne sait pas l'année	9998	
MA9	Quel âge aviez-vous quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari ?	Age en années révolues	_ _	

MODULE 3 : MORTALITÉ DES ENFANTS CM

Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.

<p>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 ?</p>	<p>Oui.....1 Non2</p>	2	CM8
<p>CM4. Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?</p>	<p>Oui.....1 Non2</p>	2	CM6
<p>CM5. Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? <i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils à la maison__ __ Filles à la maison__ __</p>		
<p>CM6. Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?</p>	<p>Oui.....1 Non2</p>	2	CM8
<p>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 ? <i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils ailleurs__ __ Filles ailleurs__ __</p>		
<p>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" insistez et demandez :</i> Je veux dire un enfant qui a respiré, crié ou montré d'autres signes de vie – même s'il n'a vécu que quelques minutes ou quelques heures ?</p>	<p>Oui.....1 Non2</p>	2	CM10
<p>CM9. Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? <i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Garçons décédés__ __ Filles décédées.....__ __</p>		
<p>CM10. <i>SOMMEZ LES RÉPONSES À CM5, CM7, ET CM9.</i></p>	<p>Somme__ __</p>		
<p>CM11. Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total (<i>nombre total à CM10</i>) naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. Vérifiez ci-dessous :</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance Allez au module symptômes de maladies</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes Continuez avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections nécessaires avant de continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES ou avec le module symptômes de maladies</i></p>			

HISTORIQUE DES NAISSANCES
BH

Maintenant, je voudrais faire la liste de toutes vos naissances qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première que vous avez eue. Enregistrez le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrez les jumeaux/triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

BH No. De Ligne	BH1. QUEL PRÉNOM A ÉTÉ DONNÉ À VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE EST NÉ(E) (nom)? <i>Insistez: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>	BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL ÂGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Enregistrez l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrez num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Notez "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé: QUEL ÂGE AVAIT IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ?</i> <i>Si "1 an", Insistez: QUEL ÂGE AVAIT (nom) EN MOIS?</i> <i>Notez en jours si moins d'1 mois; notez en mois si moins de 2 ans; ou en ans</i>	BH10. Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRÈS LA NAISSANCE?	
	Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
01		1 2	1 2	— — — —	1 2 BH9	— — — —	1 2	— — — — Ligne suivante	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	— — — —	
02		1 2	1 2	— — — —	1 2 BH9	— — — —	1 2	— — — — BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
03		1 2	1 2	— — — —	1 2 BH9	— — — —	1 2	— — — — BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
04		1 2	1 2	— — — —	1 2 BH9	— — — —	1 2	— — — — BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
05		1 2	1 2	— — — —	1 2 BH9	— — — —	1 2	— — — — BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	

CM12. Comparez le nombre en CM10 avec le nombre de naissances dans l'historique ci-dessus et vérifiez:

- Les nombres sont les mêmes Continuez avec CM13
- Les nombres sont différents Vérifiez et corrigez

CM13. Vérifiez BH4 dans L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (mois de l'entretien) en 2010 ?

- Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années. Allez au module SYMPTOMES DES MALADIES.
- Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années. Enregistrez le nom du dernier-né et continuez avec le module suivant

Nom de l'enfant _____

Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

MODULE 4 : DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE

DB1

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez 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.

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
DB1	Quand vous êtes tombés enceinte de (Nom), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment là ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
DB2	Vouliez-vous avoir un enfant plus tard ou vouliez vous ne pas (ne plus) avoir d'(autres) enfants ?	Plus tard	1	Module suivant
		Pas d'enfants	2	
DB3	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	Mois	1 _ _	
		Année	2 _ _	
		NSP	998	

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez 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.

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A	
MN1	Avez-vous reçu des soins prénatals au cours de la grossesse de (Nom)	Oui	1	MN5	
		Non	2		
MN2	Qui avez-vous consulté ? <i>Insistez : Qui d'autres avez-vous consulté?</i> <i>Insistez pour obtenir le type de personne consultée et encerclez les codes de toutes les personnes mentionnées</i>	Médecin	A		
		Sage femme/Infirmière	B		
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	F		
		Autre, préciser _____	X		
MN2A	De combien de semaines étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale ?	Semaines	_ _		
		Ne se rappelle pas	98		
MN2B	Qu'est-ce qui vous a poussé principalement à effectuer votre première consultation prénatale ? <i>Insistez pour avoir la raison principale</i>	S'assurer qu'elle est enceinte	1		
		Vérifier bébé est en bonne santé	2		
		Pour assurer une bonne grossesse	3		
		Suite à des complications	4		
		Réserver pour l'accouchement	5		
		Autre, préciser _____	6		
MN3	Combien de consultations prénatales avez-vous effectué durant toute la période de votre grossesse ?	Nombre de consultations	_ _		
		Ne se rappelle pas	98		
MN4	Durant n'importe laquelle de vos consultations prénatales pour cette grossesse, avez-vous eu au moins une fois les choses suivantes ? <i>Lisez chaque catégorie et encerclez les réponses correspondantes</i>	A. Mesure de la tension artérielle	Oui 1	Non 2	
		B. Echantillon d'urines	1	2	
		C. Prélèvement de sang	1	2	
		D. Mesure de la taille	1	2	
		E. Mesure du poids	1	2	
		F. Mesure de la hauteur utérine	1	2	
		G. Echographie	1	2	
		H. Informée sur la bonne santé du bébé	1	2	

MN4A	Durant cette grossesse, avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes? <i>Lisez chaque catégorie et encerclez les réponses correspondantes</i>	A. Saignement vaginal	Oui 1	Non 2	
		B. Hypertension artérielle/ complication HTA	1	2	
		C. Œdème du visage ou du corps	1	2	
		D. Céphalées récurrentes	1	2	
		E. Diabète gestationnelle	1	2	
		F. Maladie cardiovasculaire	1	2	
		G. Infection vaginale	1	2	
		H. Brûlures mictionnelles	1	2	
MN4B	Combien de complications ont été déclarées à MN4A durant cette grossesse ?				
	<input type="checkbox"/> Aucune complication ⇒ Allez à MN5 <input type="checkbox"/> Au moins une complication au cours de cette grossesse ⇒ Continuez avec MN4C				
MN4C	Avez-vous reçu un traitement suite à cette (ces) complication(s) ?	Oui	1	MN5	
		Non	2		
MN4D	Avez-vous été hospitalisé suite à cette (ces) complication(s) ?	Oui	1		
		Non	2		
MN5	Avez-vous une carte ou un autre document (carnet de santé...) où sont inscrites vos vaccinations ? <i>Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui, Carnet vu	1		
		Oui, Carnet non vu	2		
		Non	3		
		NSP	8		
MN6	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 ?	Oui	1	MN9	
		Non	2		
		NSP	8		
MN7	Combien de fois avez-vous reçu cette injection contre le tétanos au cours de la grossesse de (Nom) ?	Nombre de fois	_	MN9	
		NSP	8		
MN8	Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?				
	<input type="checkbox"/> Deux injections antitétaniques ou plus au cours de la dernière grossesse ⇒ Allez à MN17 <input type="checkbox"/> Une seule injection antitétanique au cours de la dernière grossesse ⇒ Continuez avec MN9				
MN9	Avez-vous reçu, n'importe quand, avant cette grossesse une injection contre le tétanos soit pour vous protéger vous-même, soit pour protéger un autre bébé ?	Oui	1	MN17	
		Non	2		
		NSP	8		
MN10	Avant la grossesse de (Nom), combien de fois avez-vous reçu une injection antitétanique ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i>	Nombre d'injections	_	MN17	
		NSP	8		
MN11	Cela fait combien d'années que vous avez reçu la dernière injection antitétanique, avant votre grossesse de (Nom) ?	Nombre d'années	_ _		

MN17	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (<i>Nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i></p> <p>Qui d'autres vous a assisté ?</p> <p><i>Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement</i></p>	Médecin gynécologue	A		
		Médecin généraliste	D		
		Sage-femme	B		
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	F		
		Parent/ Amie	H		
		Autre, préciser _____	X		
		Personne	Y		
MN18	Où avez-vous accouché de (<i>Nom</i>) ?	Secteur Public	C.H.U	20	
			Hôpital (E.H.S/ EH/EPH)	21	
			Polyclinique/ Maternité	22	
		Privé	Clinique/ maternité privée	32	
			Votre domicile	11	
		Autre domicile	12		
		Autre, préciser) _____	96		
MN19	Avez-vous accouché de (<i>Nom</i>) par césarienne, c'est-à-dire une intervention chirurgicale ?	Oui	1	MN20	
		Non	2		
MN19A	Est ce que le bébé est arrivé normalement ou est ce qu'on a été obligé d'utiliser des instruments (Forceps / Ventouse) ?	Est arrivé normalement	1		
		Forceps / Ventouse	2		
MN19B	Pendant ou juste avant l'accouchement de (<i>Nom</i>), avez-vous éprouvé une complication quelconque ?	Oui	1	MN20	
		Non	2		
MN19C	<p>Cette ou ces complications ont elles consistées en :</p> <p>Une hémorragie ?</p> <p>Une HTA/des signes cliniques d'éclampsie ?</p> <p>Un travail long qui a duré plus que 12 heures ?</p> <p>Un état de choc?</p>	Hémorragie	Oui	Non	
			1	2	
		HTA/signes cliniques éclampsie	1	2	
		Travail long qui a duré plus que 12 heures	1	2	
		Etat de choc	1	2	

MN19D	Est-ce que vous avez été réanimé ?	Oui	1	
		Non	2	
MN20	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 ?	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	MN23
		Non	2	
		NSP	8	
MN22	Combien (<i>Nom</i>) pesait-il / elle ? <i>Enregistrer le poids (en kilogrammes) à partir du carnet de santé, si disponible</i>	A partir du carnet	1 ,	
		De mémoire	2 ,	
		NSP	99,998	
MN23	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (<i>Nom</i>) ?	Oui	1	
		Non	2	
MN24	Avez-vous allaité (<i>Nom</i>) au sein ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
MN25	Combien de temps après la naissance de (<i>Nom</i>) l'avez-vous mis au sein pour la première fois ? <i>Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours</i>	Immédiatement	000	
		Nombre d'heures	1	
		Nombre de jours	2	
		NSP/ Ne se rappelle pas	998	
MN26	Dans les 3 jours qui ont suivi l'accouchement, est-ce que (<i>Nom</i>) a bu autre chose que du lait maternel ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
MN27	Qu'a-t-on donné à boire à (<i>Nom</i>) ? <i>Insistez</i> Rien d'autre ?	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	
		Infusions	H	
		Miel	I	
		Autre (<i>précisez</i>) _____	X	

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview.

Vérifiez CM13 et notez ici le nom de la dernière naissance vivante : _____

Utilisez le nom de cet enfant pour les questions suivantes, là où c'est indiqué.

	<i>Vérifiez MN18: L'enfant est-il né dans une structure de santé ?</i>		
PN1	<input type="checkbox"/>	<i>Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=20, 21, 22 ou 32)</i>	<i>Continuez avec PN2</i>
	<input type="checkbox"/>	<i>Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18= 11, 12 ou 96)</i>	<i>Passez à PN6</i>

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
PN2	Vous avez dit que vous avez accouché de (<i>Nom</i>) à (<i>nom ou type de structure de santé dans MN18</i>). Combien de temps êtes-vous restée dans la structure après l'accouchement? <i>Si moins d'un jour, notez le nombre d'heures. Si moins d'une semaine, notez le nombre de jours. Pour tous les autres cas, notez les semaines.</i>	Heures	1 __ __	
		Jours	2 __ __	
		Semaines	3 __ __	
		Ne sait pas/a oublié	998	
PN3	Avant que vous ne quittiez (<i>nom ou type de structure de santé dans MN18</i>), quelqu'un a-t-il contrôlé l'état de santé de (<i>Nom</i>)? Par exemple, quelqu'un a-t-il examiné le cordon ombilical de (<i>Nom</i>), ou s'est assuré que (<i>Nom</i>) allait bien.	Oui	1	
		Non	2	
PN4	Quelqu'un a-t-il examiné <u>votre</u> état de santé avant que vous ne quittiez (<i>nom ou type de structure de santé dans MN18</i>) ? Je veux dire par là quelqu'un a-t-il fait le bilan de votre santé en vous posant par exemple des questions sur votre santé ou en vous examinant ?	Oui	1	
		Non	2	
PN5.	Après que vous ayez quitté (<i>nom ou type de structure de santé dans MN18</i>), quelqu'un a-t-il contrôlé/examiné l'état de santé de (<i>Nom</i>) ?	Oui	1	PN11
		Non	2	PN16
PN6	<i>Vérifiez MN17: L'accouchement a-t-il été effectué par un professionnel de la santé, une accoucheuse traditionnelle (matrone)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, l'accouchement a été effectué avec l'aide d'un professionnel de la santé (MN17=A à F) Continuez avec PN7</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, l'accouchement n'a pas été effectué avec l'aide d'un professionnel de la santé (A à F non encerclé dans MN17) Passez à PN10</i>			
PN7	Vous avez déjà dit que (<i>la ou les personnes à MN17</i>) vous a/ont assisté à l'accouchement. 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. Après l'accouchement et avant que (<i>la ou les personnes citée(s) dans MN17</i>) vous quittent, a-t-on ou ont-ils (<i>la ou les personnes citée(s) dans MN17</i>) vérifié l'état de santé de (<i>Nom</i>) ?	Oui	1	
		Non	2	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
PN8	(La ou les personnes citée(s) dans MN17) a-t-il/elle (ont-ils) vérifié votre état de santé avant de partir ? Par exemple, a-t-il/elle (ont-ils) posé des questions sur votre santé, ou vous a-t-il/elle (ont-ils) examiné ?	Oui	1	
		Non	2	
PN9	Après que (la ou les personnes citée(s) dans MN17) vous ait quittée, quelqu'un a-t-il vérifié l'état de santé de (Nom)?	Oui	1	PN11
		Non	2	PN18
PN10	je voudrais vous parler des examens de santé de (Nom) après l'accouchement, par exemple examiner (Nom), vérifier le cordon ombilical, ou voir si (Nom) se porte bien. Après la naissance de (Nom), est-ce que quelqu'un a contrôlé sa santé?	Oui	1	
		Non	2	
PN11	Cet examen de santé a-t-il eu lieu une fois ou plus d'une fois ?	Une fois	1	
		Plus d'une fois	2	
PN12A	Combien de temps après l'accouchement, cet examen a-t-il été effectué ? <i>Si moins d'un jour, notez le nombre d'heures. Si moins d'une semaine, notez le nombre de jours. Pour tous les autres cas, notez les semaines.</i>	Heures	1 __	PN13
		Jours	2 __	
		Semaines	3 __	
		Ne sait pas/a oublié	998	
PN12B	Combien de temps après l'accouchement, le premier de ces examens a-t-il été effectué ? <i>Si moins d'un jour, notez le nombre d'heures. Si moins d'une semaine, notez le nombre de jours. Pour tous les autres cas, notez les semaines.</i>	Heures	1 __	
		Jours	2 __	
		Semaines	3 __	
		Ne sait pas/a oublié	998	
PN13	Qui a examiné la santé de (Nom) ?	Médecin	A	
		Sage-femme	B	
		Infirmier(e)	C	
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	F	
		Parent / Ami(e)	H	
		Autre (précisez)_ _____	X	

PN14	Où a eu lieu l'examen?	Votre maison	11	
	<i>Insister pour identifier le type de lieu.</i> <i>S'il n'est pas possible de déterminer si le lieu est public ou privé, écrivez le nom du lieu</i> _____	Autre maison	12	
		C.H.U	20	
		Hôpital (E.H.S/EH/EPH)	21	
		Polyclinique/Maternité	22	
		Clinique / maternité privée	32	
		Autre (précisez) _____	96	
PN15	<i>Vérifier MN18: l'enfant est-il né dans une structure de santé ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=20, 21, 22 ou 32) Continuer avec PN16</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11, 12 ou 96) Passez à PN17</i>			
PN16	Après que vous ayez quitté (<i>nom ou type de structure de santé dans MN18</i>), quelqu'un a-t-il examiné <u>votre</u> état de santé?	Oui	1	PN20
		Non	2	PN23B
PN17	<i>Vérifiez MN17: L'accouchement a-t-il été effectué par un professionnel de la santé, une accoucheuse traditionnelle (matrone) ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, l'accouchement a été effectué avec l'aide d'un professionnel de la santé (MN17=A à F) Continuez avec PN18</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, l'accouchement n'a pas été effectué avec l'aide d'un professionnel de la santé (A à F non encerclé dans MN17) Passez à PN19</i>			
PN18	Après l'accouchement et le départ de (<i>la ou les personnes dans MN17</i>), quelqu'un a-t-il examiné votre état de santé?	Oui	1	PN20
		Non	2	PN23B
PN19	Après la naissance de (<i>Nom</i>), quelqu'un a-t-il examiné <u>votre</u> état de santé? Je veux dire, quelqu'un a-t-il évalué votre état de santé en vous posant des questions ou en vous examinant ?	Oui	1	
		Non	2	PN23A
PN20	Cet examen a eu lieu une seule fois ou plus d'une fois?	Une fois	1	
		Plus d'une fois	2	PN21B
PN21A	Combien de temps après l'accouchement de (<i>Nom</i>), cet examen a-t-il été effectué ?	Heures	1 __ __	PN22
		Jours	2 __ __	
		Semaines	3 __ __	
		Ne sait pas/a oublié	998	
PN21B	Combien de temps après l'accouchement, le premier examen a-t-il été effectué ? <i>Si moins d'un jour, notez le nombre d'heures. Si moins d'une semaine, notez le nombre de jours.</i> <i>Pour tous les autres cas, notez les semaines.</i>	Heures	1 __ __	
		Jours	2 __ __	
		Semaines	3 __ __	
		Ne sait pas/a oublié	998	

PN22.	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?	Médecin gynécologue	G		
		Médecin Généraliste	A		
		Sage-femme	B		
		Infirmier(e)	C		
		Accoucheuse traditionnelle (Matrone)	F		
		Parent / Amie	H		
		Autre (précisez) _____	X		
PN23.	Où a eu lieu cet examen? <i>Insister pour identifier le type de lieu.</i> <i>S'il n'est pas possible de déterminer si le lieu est public ou privé, écrivez le nom du lieu</i> _____ <i>(Nom du lieu de l'examen)</i>	Votre maison	11		
		Autre maison	12		
		C.H.U	20		
		Hôpital (E.H.S/EH/EPH)	21		
		Polyclinique/Maternité	22		
		Clinique / maternité privée	32		
		Autre (précisez) _____	96		
PN23A	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'avez pas eu d'examen postnatal ?	Absence de complications	1		
		A de l'expérience	2		
		Ignore importance de l'examen	3		
		Service non disponible	4		
		Coût élevé	5		
		Autre (à préciser)	6		
PN23B	Après la naissance de (Nom), avez-vous éprouvé l'une des complications suivantes	Un saignement vaginal ?	Saignement vaginal	Oui	Non
			1	2	
		Un œdème et douleur des jambes ?	Œdème et douleur des jambes	1	2
		Des pertes vaginales ou douleurs pelviennes avec fièvre ?	Pertes vaginales ou douleurs pelviennes avec fièvre	1	2
		Une dorsalgie / lombalgie avec fièvre ?	Dorsalgie / lombalgie avec fièvre	1	2
		Des brûlures mictionnelles avec fièvre ?	Brûlures mictionnelles avec fièvre	1	2
Une Anémie ?	Anémie	1	2		
PN23C	Vérifiez PN23B: l'enquêtée a-t-elle eu une complication ? <input type="checkbox"/> Oui, l'enquêtée a eu au moins une complication Continuez avec PN23D <input type="checkbox"/> Non, l'enquêtée n'a pas eu au moins une complication Passez au module suivant				
PN23D	Combien de temps après l'accouchement de (Nom), avez-vous éprouvé cette (ces) complication(s) ? <i>Si moins d'un jour, notez le nombre d'heures. Si moins d'une semaine, notez le nombre de jours.</i> <i>Pour tous les autres cas, notez les semaines.</i>	Heures	1 __ __		
		Jours	2 __ __		
		Semaines	3 __ __		
		Ne sait pas/a oublié	998		

MODULE 7 : SYMPTÔMES DE MALADIES
IS

IS1. Vérifiez la liste des membres du ménage du questionnaire ménage HL9 (page 2)
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans ?

- Oui. Continuez avec IS2.
- Non. Allez au Module suivant

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
IS2	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 emmener immédiatement votre enfant dans un établissement de santé ? Insistez : Aucun autre symptôme ? <i>Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes.</i> <i>Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses</i>	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	
		Diarrhée (plus de 5 jours)	X	
		Troubles de la conscience	Y	
Autre (préciser) _____	z			

MODULE 8 : CONTRACEPTION
CP

CP0	Vérifier l'état matrimonial à partir de MA1 <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ⇒ Question suivante <input type="checkbox"/> Actuellement non mariée ⇒ Module Violence
------------	---

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
CP1	Je voudrais vous parler d'un autre sujet - la planification familiale.	Oui	1	UN1
		Non	2	
		Etes-vous enceinte actuellement ?	N'est pas sûre	8
CP2	Certains couples utilisent différents moyens ou méthodes pour retarder ou éviter une grossesse.	Oui	1	CP13
		Utilisez-vous actuellement, vous ou votre mari, une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	Non	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
CP3	<p>Quelle méthode utilisez-vous actuellement, vous ou votre mari ?</p> <p><i>Ne suggérez pas de réponse.</i></p> <p><i>Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.</i></p>	Ligature des trompes	A	
		Stérilisation masculine (Vasectomie)	B	
		Stérilet - DIU	C	
		Injectables	D	
		Implants	E	
		Pilule	F	
		Condom masculin	G	
		Condom féminin	H	
		Diaphragme	I	
		Crèmes ou gel	J	
		Allaitement prolongé	K	
		Méthode du calendrier	L	
		Retrait	M	
Autre (à préciser).....	X			
CP4	<p>Actuellement qui a décidé de l'utilisation de la contraception ?</p>	Elle-même	1	
		Le conjoint	2	
		Décision commune	3	
		Décision médicale	4	
		Autre (à préciser).....	6	

CP5	<p>Pourquoi vous utilisez (méthode actuelle) plutôt qu'une autre méthode ?</p>	Gratuite	A	
		Coût / pas cher	B	
		Plus disponible	C	
		M'a été prescrite	D	
		M'a été conseillée	E	
		Me convient	F	
		Seule méthode connue	G	
		Très efficace	H	
		Méthode sans effets secondaires	I	
		Méthode réversible	J	
		Autre (à préciser).....	K	
CP6	<p>Vérifier CP3 : La femme utilise t elle l'allaitement prolongé (CP3 = K) et/ou Méthode du calendrier (CP3= L) et/ou retrait (CP3=M)</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. Aller à CP8</p> <p><input type="checkbox"/> Non. Continuer avec CP7</p>			
CP7	<p>Où avez-vous obtenu la méthode contraceptive actuelle ?</p>	Hôpital	A	
		Polyclinique / maternité	B	
		Pharmacie	C	
		Autre (à préciser).....	D	

CP8	Depuis quand avez-vous commencé à utiliser la méthode actuelle de façon continue ?	Mois	_ _	
		Ne se rappelle pas du mois	98	
		Année	_ _ _ _	
CP9	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser la contraception pour la première fois ?	Age (en années révolues)	_ _	
		NSP/Ne se rappelle pas	98	
CP10	<i>Vérifier CM10 : La femme a-t-elle des enfants ?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui. (CM10 égal ou supérieur à 1) continuez avec CP11</i> <input type="checkbox"/> <i>Non. (CM10 égal 00) aller CP12</i>			
CP11	Combien d'enfants vivants aviez-vous quand vous avez commencé à utiliser la contraception pour la première fois ? Si elle n'avait aucun enregistré «00»	Nombre d'enfants vivants à la première utilisation	_ _	
		NSP / Ne se rappelle pas.	98	
CP12	Avez-vous jamais 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 ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	

CP13	Qu'elle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode de contraception pour éviter une grossesse ?	Désire un enfant	1	Module suivant	
		Opposition au planning familial	2		
		Désaccord du mari	3		
		Peur des effets secondaires	4		
		Difficile à obtenir	5		
		Coût élevé	6		
		Difficile à utiliser	7		
		Fataliste/ selon la volonté de Dieu	8		
		Ménopausée	9		Module Violence
		Non féconde	10		
		N'apprécie pas les méthodes existantes	11		
		En aménorrhée	12		
Autre (à préciser).....	96				
CP14	Comptez-vous utiliser une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans le futur ?	Oui	1	Module suivant	
		Non	2		
		Ne sait pas/ n'est pas sûre	8		
CP15	Quelle méthode compterez-vous utiliser ?	Pilule	A		
		DIU (stérilet)	B		
		Injectable	C		
		Condom masculin	D		
		Autres méthodes modernes	E		
		Méthodes traditionnelles	F		
		NSP	G		

MODULE 9 : BESOINS NON SATISFAITS
UN

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

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
UN2	Maintenant je voudrai vous parler de votre grossesse actuelle. Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-la ?	Oui	1	UN4
		Non	2	
UN3.	Au moment ou vous êtes tombé enceinte, 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. 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 enfant	1	UN7
		Pas d'autres enfants	2	UN13
		Indécise /Ne sait pas	8	UN13
UN5	<p><i>Vérifier CP3. Ligature des trompes (CP3 = A) ? et ou Vasectomie (CP3= B) ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> Aller à UN13</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non.</i> Continuer avec UN6</p>			
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'(autres) enfants	2	UN9
		Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte	3	UN11
		Indécise /Ne sait pas	8	UN9
UN7	Combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un (un autre) enfant?	Nombre de mois	1 __	
		Nombre d'années	2 __	
		Bientôt/maintenant	993	
		Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte	994	UN11
		Autre, à préciser.....	996	
		NSP	998	
UN8	<p><i>Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, Actuellement enceinte</i> Aller à UN13</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> Continuer avec UN9</p>			

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
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 êtes physiquement capable de tomber enceinte en ce moment ?	Oui	1	UN13
		Non	2	
		NSP	8	UN13
UN11	Pourquoi pensez-vous que vous n'êtes 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 post-partum	F	
		Allaite	G	
		Trop âgée	H	
		Fataliste	I	
		Autre (à préciser).....	X	
		Ne sait pas	Z	
UN12	Vérifier UN11. La femme a-t-elle mentionné "N'a jamais eu de règles" ? <input type="checkbox"/> Oui. Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Non Continuer avec UN13			
UN13	Quand est-ce que vos dernières règles ont commencé ?	Jours	1	_ _
		Semaines	2	_ _
		Mois	3	_ _
		Années	4	_ _
		Ménopausée /A eu une hystérectomie	9 9 4	
		Avant la dernière naissance	9 9 5	
		N'a jamais eu de règles	9 9 6	

QUESTIONS		MODALITES		
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 :				
A. Si elle sort sans le lui dire ?		Oui	Non	NSP
	Sort sans lui dire	1	2	8
B.. Si elle néglige les enfants ?	Néglige les enfants	1	2	8
C. Si elle argumente avec lui ?	Se dispute	1	2	8
E. Si elle brûle la nourriture ?	Brûle la nourriture	1	2	8
F. Si elle manque de respect à ses parents (à lui)	Manque de respect	1	2	8
G. Si elle refuse de lui donner son salaire	Refuse de donner son salaire	1	2	8
H. Si elle refuse de quitter son travail	Refuse de quitter son travail	1	2	8

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
HA1.	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée Sida ?	Oui	1	UN13
		Non	2	
		Ne sait pas	8	
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	
		Ne sait pas	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	
		Ne sait pas	8	
HA5	A votre avis, peut-on contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	Oui	1	
		Non	2	
		Ne sait pas	8	

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A		
HA6	A votre avis, peut-on contracter le virus du Sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du Sida ?	Oui	1			
		Non	2			
		Ne sait pas	8			
HA7	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du SIDA ?	Oui	1			
		Non	2			
		Ne sait pas	8			
HA8	Est ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à son bébé : A : Au cours de la grossesse ? B : Pendant l'accouchement ? C : en l'allaitant ?	A. Au cours de la grossesse	Oui 1	Non 2	NSP 8	
		B. Pendant l'accouchement	1	2	8	
		C. En l'allaitant ?	1	2	8	
HA9	D'après vous, si une enseignante a le virus du SIDA mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA10	Est ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à 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 est infecté par le virus du SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA12	Si un membre de votre famille contracte le virus du SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage ?	Oui	1			
		Non	2			
		NSP/Pas sûre/ça dépend	8			
HA13	<p>Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. Continuez avec HA14</p> <p><input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. Allez à HA24.</p>					
HA14	<p>Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. Continuez avec HA15</p> <p><input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals Allez à HA24</p>					

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES			PASSEZ A
			Oui	Non	NSP	
HA15	Au cours d'une des visites prénatales pour votre grossesse de (<i>nom</i>), Avez-vous reçu des informations sur: [A] Les bébés qui attrapent le virus du SIDA par leur mère? [B] Les choses que vous pouvez faire pour éviter d'attraper le virus du SIDA? [C] La possibilité de faire un test pour le virus du SIDA? [D] Vous a-t-on proposé de faire un test pour le virus du SIDA?	Transmission mère enfant	1	2	8	
		La prévention	1	2	8	
		Possibilité de faire le test	1	2	8	
		Test VIH / Sida proposé	1	2	8	
HA16	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le virus du SIDA dans le cadre de vos soins prénatals ?	Oui	1		HA19	
		Non	2			
		NSP	8			
HA17	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1		HA22	
		Non	2			
HA18	Quel que soit le résultat, toutes les femmes qui ont effectué le test sont supposées recevoir des conseils après avoir reçu les résultats. Après avoir été testée, Avez-vous reçu des conseils ?	Oui	1		HA22	
		Non	2			
		NSP	8			
HA19	<i>Vérifiez MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, D ou B)?</i> <input type="checkbox"/> <i>Oui, accouchement par un professionnel de la santé</i> Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> <i>Non, accouchement non assisté par un professionnel de la santé</i> Allez à HA24					

HA20	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous été testée pour le virus du SIDA entre le moment où vous êtes venue pour l'accouchement mais avant la naissance du bébé ?	Oui	1		HA24
		Non	2		
HA21	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1		
		Non	2		
HA22	Avez-vous effectué un autre test du VIH/SIDA depuis celui que vous avez effectué au cours de votre grossesse ?	Oui	1		HA25
		Non	2		

HA23	Quand avez-vous effectué le test du VIH/SIDA pour la dernière fois ?	Il y a moins de 12 mois	1	WM11
		Il y a 12-23 mois	2	
		Il y a 2 ans ou plus ³	3	
HA24	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA ?	Oui	1	HA27
		Non	2	
HA25	Quand avez-vous effectué le test pour la dernière 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 connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	Oui	1	WM11
		Non	2	
HA27	Connaissez-vous un endroit où l'on peut 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 liste des membres du ménage du questionnaire ménage HL9 (page 2).

Oui. Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.

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.