

Questionnaire individuel femme



REPUBLIQUE DE GUINEE QUESTIONNAIRE FEMME

Enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS, 2016)

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 liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.

WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage : _____
WM3. Nom de la femme : Nom _____	WM4. Numéro de ligne de la femme: _____
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2016

Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:
 NOUS FAISONS PARTIE (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE). 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 ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:
 MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON (30) MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

- Oui, permission accordée* ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.
- Non, permission non accordée* ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.

WM7. Résultat de l'enquête femme	Rempli.....01 Pas à la maison.....02 Refusé.....03 Partiellement rempli.....04 Incapacité.....05 Autre (préciser).....96
-----------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

WM10. Enregistrer 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 année9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister: QUEL AGE AVEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	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 Primaire 1 Secondaire1 (Collège) 2 Secondaire2 (Lycée) 3 Professionnel/Technique A 4 Professionnel/Technique B 5 Supérieur 6	0⇒WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{ère} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe __ __	
WB6. Vérifier WB4: <input type="checkbox"/> <i>Secondaire ou supérieur (WB4 = 2, 3, 4,5 ou 6) ⇒Aller au module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Primaire (WB4=1) ⇒Continuer avec WB7.</i>		
WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</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 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée 4 <p style="text-align: center;"><i>(préciser langue)</i></p> Aveugle/problème de vue/Elocution 5	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DEL'INFORMATION/ COMMUNICATION		
MT		
MT1. Vérifier WB7: <input type="checkbox"/> Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒Continuer avec <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒Passer à MT3		
MT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT4. A QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT5. VérifierWB2: Age de la répondante ? <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒Passer au module suivant		
MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant
MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES CM		
CM1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?	Oui1 Non2	2⇒CM8
CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui1 Non2	2⇒CM6
CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils à la maison Filles à la maison	
CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui1 Non2	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 ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils ailleurs Filles ailleurs	
CM8. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non" Insister et demander :</i> 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 ?	Oui1 Non2	2⇒CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés Filles décédées	
CM10. <i>Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.</i>	Somme	
CM11. JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total</i>) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?		
<input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒ Vérifier ci-dessous :</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES</i>		

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 PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE.

Enregistrer le nom de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

BH NO. DE LIG NE	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH9A.	BH10.
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEUX?	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		(Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.	Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister :: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - Noter en jours si moins d'1 mois; - en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus		Si décédé ;inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1 Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage	Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE(nom de la naissance précédente)ET(nom),Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒Ligne suivante	Jours1 Mois2 Années3	___	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours1 Mois2	___	___	1 2 Ajouter

BH NO. DE LIG NE	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH9A.	BH10.
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMENTS?	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		(Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	<i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	<i>Si décédé</i> : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? <i>Si "1 an", insister ::</i> QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - <i>Noter en jours si moins d'1 mois;</i> - <i>en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus</i>		<i>Si décédé</i> <i>inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1</i> <i>Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage</i>	Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
						BH9				Années.....3			Naissance Naissance Suivante.
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒BH10	Jours1 Mois2 Années.....3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.

BH NO. DE LIGNE	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH9A.	BH10.
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE ENFANT? (premier/suivant)	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX? 1 Simple 2 Multiple	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		(Nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	<i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	<i>Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister ::</i> QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - <i>Noter en jours si moins d'1 mois;</i> - <i>en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus</i>		<i>Si décédé ;inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1</i> <i>Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage</i>	Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	⇒ BH10	Jours1 Mois2 Années3	___	___	1 2 Ajouter Naissance

BH NO. DE LIG NE	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH9A.	BH10.
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX? 1 Simple 2 Multiple	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister:</i> QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		(Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	<i>Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)</i> <i>Noter "00" si enfant n'est pas listé dans le ménage.</i>	<i>Si décédé :</i> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? <i>Si "1 an", insister ::</i> QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? - <i>Noter en jours si moins d'1 mois;</i> - <i>en mois si moins de 2 ans ; en années si 2 ans ou plus</i>		<i>Si décédé inscrivez le numéro de ligne de l'enfant à DC1</i> <i>Noter 00 si l'enfant n'est pas listé dans les décès du ménage</i>	Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1 Oui 2 Non
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	No ligne DC1.	O N
													Suivante
BH11. AVEZ-VOUS EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)?								Oui1					1⇒ Enregistrer dans l'historique
								Non2					

CM12A. Comparer le nombre à CM10 avec le nombre de naissances dans le module HISTORIQUE DES
NAISSANCES ci-dessus et vérifier :

- Les nombres sont les mêmes ⇨ Continuer avec CM13
- Les nombres sont différents ⇨ Insister et corriger

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 3 dernières années, c'est-à-dire depuis (Mois de
l'entretien) en **2013**
(si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est
2013, considérer
SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 3 dernières années).

Pas de naissances vivantes dans les 3 dernières années. ⇨ Aller au module SYMPTOMES DES
MALADIES.

Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 3 dernières années. ⇨ Enregistrer le nom du dernier-
né et
continuer avec le module suivant

Nom de l'enfant _____

Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact quand en se référant à l'enfant par son nom dans les
modules
suivants.

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i></p> <p><i>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</i></p> <p><i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui1 Non2	1⇒Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard1 Pas d'enfant.....2	2⇒Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE? <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée</i>	Mois 1 ___ Années2 ___ NSP998	
SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE MN		
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante ou plus dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i></p>		
<i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne du dernier-né de CM13/BH1</i> _____	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne de l'avant dernier-né de BH1</i> _____
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2 MN5 ☞	Oui 1 Non 2 MN5 ☞
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ? <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé Médecin..... A Infirmière B Sage-femme C ATS..... D Matrone E Autre personne Accoucheuse villageoise F Autre (préciser) _____ X Aucun/Personne Y	Professionnel de la santé Médecin A Infirmière..... B Sage-femme..... C ATS D Matrone E Autre personne Accoucheuse villageoise.F Autre (préciser) _____ X Aucun/Personne..... Y
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines..... 1 ___ Mois2 0 ___ NSP 998	Semaines1 ___ Mois2 0 ___ NSP.....998
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? <i>Insister pour obtenir le</i>	Nombre de fois ___ NSP 98	Nombre de fois..... ___ NSP.....98

<p>nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</p>																										
<p>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE LES CHOSES SUIVANTES ONT ETE FAITES, AU MOINS UNE FOIS ? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Échantillon d'urine</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension	1	2	Échantillon d'urine	1	2	Prélèvement sanguin..	1	2	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 25%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Échantillon d'urine.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension	1	2	Échantillon d'urine.....	1	2	Prélèvement sanguin..	1	2
	Oui	Non																								
Tension	1	2																								
Échantillon d'urine	1	2																								
Prélèvement sanguin..	1	2																								
	Oui	Non																								
Tension	1	2																								
Échantillon d'urine.....	1	2																								
Prélèvement sanguin..	1	2																								
<p>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? <i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p>	<p>Oui (carnet vu) 1 Oui (carnet non vu) 2 Non 3 NSP 8</p>																									
<p>MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 MN9 ↵ NSP 8 MN9 ↵</p>	<p>Oui 1 Non 2 MN12 ↵ NSP 8 MN12 ↵</p>																								
<p>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>) ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois NSP 8 MN9 ↵</p>	<p>Nombre de fois NSP 8 MN12 ↵</p>																								
<p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Aller à MN12 <input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuer avec MN9</p>																									
<p>MN9. EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?</p>	<p>Oui 1 Non 2 MN12 ↵ NSP 8 MN12 ↵</p>																									
<p>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (<i>nom</i>), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?</p>	<p>Nombre de fois NSP 8 MN12 ↵</p>																									

Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.		
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ? Si moins d'1 année, enregistrer '00'.	Il y a année _ _	
MN12. Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :	<input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇨ Aller à MN17	<input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇨ Aller à MN17
MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE-QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui 1 Non 2 NSP 8 MN17 ⇨ MN17 ⇨	Oui 1 Non 2 NSP 8 MN17 ⇨ MN17 ⇨
MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.	SP/Fansidar A Chloroquine B Autre (préciser) X NSP Z	SP/Fansidar A Chloroquine B Autre (préciser) X NSP Z
MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris :	<input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇨ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇨ Aller à MN17	<input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇨ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇨ Aller à MN17
MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ? SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRENATALES, DURANT UNE VISITE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois _ _ NSP 98	Nombre de fois _ _ NSP 98
MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ? Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ? Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées. Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si	Professionnel de la santé Médecin A Infirmière B Sage-femme C ATS D Matrone E Autre personne Accoucheuse Traditionnelle G Ami/parent H Autre (préciser) X Aucun/Personne Y	Professionnel de la santé Médecin A Infirmière B Sage-femme C ATS D Matrone E Autre personne Accoucheuse Traditionnelle G Ami/parent H Autre (préciser) X Aucun/Personne Y

<i>aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i>		
MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ? <i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i> <i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i> _____ (Nom de l'endroit pour dernier enfant) _____ (Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant)	Domicile Domicile de l'enquêtée 11 MN20 ↙ Autre domicile..... 12 MN20 ↙ Secteur public Hôpital/CMC 21 Centre de santé..... 22 Poste de santé. 23 Autre (préciser) _____ 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée..... 32 Maternité privée..... 33 Autre privé médical (préciser) _____ 36 Autre (préciser) _____ 96 MN20 ↙	Domicile Domicile de l'enquêtée..... 11 MN20 ↙ Autre domicile 12 MN20 ↙ Secteur public Hôpital/CMC 21 Centre de santé 22 Poste de santé..... 23 Autre (préciser) _____ 26 Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre privé médical (préciser) _____ 36 Autre (préciser) _____ 96 MN20 ↙
MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?	Oui 1 Non 2 MN20 ↙	Oui 1 Non 2 MN20 ↙
MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ? ÉTAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?	Avant 1 Après 2	Avant..... 1 Après..... 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	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 ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 MN23 ↙ NSP 8 MN23 ↙	Oui 1 Non 2 MN23 ↙ NSP..... 8 MN23 ↙
MN22. COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE ? <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé 1 (kg) __ , ____ De mémoire 2 (kg) __ , ____ NSP 99998	Du carnet de santé..... 1 (kg) __ , ____ De mémoire..... 2 (kg) __ , ____ NSP..... 99998
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?	Oui 1 Non 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?	Oui 1 Non 2 MODULE SUIVANT ↙	Oui 1 Non 2 MODULE SUIVANT ↙
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA	Immédiatement 000 Heures 1 __ __	Immédiatement 000 Heures 1 __ __

PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours</i>	Jours..... 2 ___ NSP/ Ne se rappelle pas 998	Jours2 ___ NSP/ Ne se rappelle pas998
MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui 1 Non 2 MN28 ↙	Oui1 Non2 MN28 ↙
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom) ? <i>Insister : RIEN D'AUTRE ?</i>	Lait (autre que 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 (préciser) X	Lait (autre que 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 (préciser) X
MN28. PENDANT CETTE DERNIERE GROSSESSE, AVEZ-VOUS PARTICIPE A DES GROUPES DE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL ?	Oui.....1 Non.....2	

EXAMENS DE SANTE POST NATALS		PN
<i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une ou plus naissances vivante dans les 3 ans précédant la date de l'enquête.</i>		
<i>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne du dernier-né de CM13 _____</i>	<i>Enregistrer le nom et le numéro de ligne de l'avant dernier-né de CM13 _____</i>
PN1. Vérifier MN18: L'enfant est-il né dans une structure de santé?	<input type="checkbox"/> <i>Oui, enfant né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, enfant pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6</i>	<input type="checkbox"/> <i>Oui, enfant né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2</i> <input type="checkbox"/> <i>Non, enfant pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6</i>

<p>PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>).</p> <p>VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT? <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (<i>nom</i>), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>) ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>
<p>PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE <u>VOTRE</u> SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT.</p> <p>A-T-ON <u>CONTROLE VOTRE</u> SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>)?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>

<p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>).</p> <p>EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (<i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i>)?</p>	<p>Oui 1 PN11 ↵</p> <p>Non 2 PN16 ↵</p>	<p>Oui 1 PN11 ↵</p> <p>Non 2 PN16 ↵</p>
	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-Epas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-E pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>
<p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>

<p>PN8. ET EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?</p> <p>PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>	<p>Oui 1 Non 2</p>
<p>PN9. APRES LE DEPART DE (<i>la ou les personnes à MN17</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>)</p>	<p>Oui 1 PN11 ↘ Non 2 PN18 ↘</p>	<p>Oui 1 PN11 ↘ Non 2 PN18 ↘</p>
<p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui 1 Non 2 PN18 ↘</p>	<p>Oui 1 Non 2 PN18 ↘</p>
<p>PN11. UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois 1 Plus d'une fois 2 PN12B ↘</p>	<p>Une fois 1 Plus d'une fois 2 PN12B ↘</p>
<p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ___ Jours 2 ___ Semaines 3 ___ NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ___ Jours 2 ___ Semaines 3 ___ NSP/ne se rappelle pas 998</p>

<p>PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA?</p> <p><i>Insister : PERSONNE D'AUTRE ?</i></p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin A Infirm/Sage-femme B ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse Traditionnelle F</p> <p>Autre (préciser) X</p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin A Infirm/Sage-femme B ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse Traditionnelle F</p> <p>Autre (préciser) X</p>
<p>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nom de l'endroit pour dernier enfant)</i></p> <p>_____</p> <p><i>(Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant)</i></p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12</p> <p>Secteur public Hôpital 21 Centre de santé 22 Poste de santé 23 Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre médical privé 36</p> <p>Autre (préciser) 96</p>	<p>Domicile Domicile de l'enquêtée 11 Autre domicile 12</p> <p>Secteur public Hôpital 21 Centre de santé 22 Poste de santé 23 Autre public (préciser) 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé 31 Clinique privée 32 Maternité privée 33 Autre médical privé 36</p> <p>Autre (préciser) 96</p>
<p>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p>

<p>PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>
<p>PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-E pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN19</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-E) ⇒ Continuer avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-E pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN19</p>
<p>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>
<p>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE?</p> <p>JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>	<p>Oui 1 PN20 ↙</p> <p>Non 2 Module suivant ↙</p>
<p>PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois..... 1 PN21A ↙</p> <p>Plus d'une fois 2 PN21B ↙</p>	<p>Une fois..... 1 PN21A ↙</p> <p>Plus d'une fois 2 PN21B ↙</p>
<p>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 ___</p> <p>Jours 2 ___</p> <p>Semaines 3 ___</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>

<p>PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</i></p>	<p>Heures 1 __ __</p> <p>Jours 2 __ __</p> <p>Semaines 3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>	<p>Heures 1 __ __</p> <p>Jours 2 __ __</p> <p>Semaines 3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas 998</p>
<p>PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p> <p><i>Insister : PERSONNE D'AUTRE ?</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/ Sage-femme B</p> <p>ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Parent/Ami H</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin A</p> <p>Infirmière/ Sage-femme B</p> <p>ATS C</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle F</p> <p>Parent/Ami H</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>
<p>PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, ECRIRE L'ENOM du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour dernier enfant)</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit pour avant-dernier enfant)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 21</p> <p>Centre de santé 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée 11</p> <p>Autre domicile 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital 21</p> <p>Centre de santé 22</p> <p>Poste de santé 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé 31</p> <p>Clinique privée 32</p> <p>Maternité privée 33</p> <p>Autre médical privé (<i>préciser</i>) 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) 96</p>

IS1. Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B, HL12 et HL15

L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?

Oui. ⇒ Continuer avec IS2.

Non. ⇒ Aller au Module suivant.

<p>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 AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTOME ?</p> <p>Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses</p>	<p>Enfant incapable de boire ou de téterA État de l'enfant s'aggrave.....B Enfant devient fiévreux..... C Enfant respire rapidement..... D Enfant a des difficultés à respirer.....E Enfant a du sang dans les selles F Enfant boit difficilement G</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... X</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... Y</p> <p>Autre (<i>préciser</i>)..... Z</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

CONTRACEPTION		CP
<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte 1</p> <p>Non..... 2</p> <p>Pas sûre ou NSP..... 8</p>	1⇒CP2A
<p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	1⇒ CP3
<p>CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui..... 1</p> <p>Non..... 2</p>	1⇒Module suivant 2⇒Module suivant
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</p>	<p>Stérilisation féminineA</p> <p>Stérilisation masculineB</p> <p>DIU C</p> <p>Injections D</p> <p>Implants.....E</p> <p>Pilules.....F</p> <p>Condom masculin G</p> <p>Condom féminin H</p> <p>Diaphragme..... I</p> <p>Mousse/gelée..... J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme L</p> <p>Retrait..... M</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) X</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure 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 UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant..... 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise /NSP 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5. Vérifier CP3. Utilise 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 / NSP 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 sure 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 ? <i>Insister :</i> UNE AUTRE RAISON ?	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 (<i>préciser</i>) X NSP Z	
UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée</i>	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 GÉNÉTALES 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 ENLEVE 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 ? <i>Si nécessaire, insister :</i> 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 ? <i>Si l'enquêtée NSP, insister pour avoir une estimation.</i>	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 (<i>préciser</i>) 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (<i>préciser</i>) 26 NSP 98	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici	Nombre total de filles vivantes __ __	
FG10. JUSTE POUR ETRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (<i>nombre total à FG9</i>) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT?		
<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Une ou plus fille vivante ⇒ Continuer avec FG11</i> <input type="checkbox"/> <i>Aucune fille vivante ⇒ Aller à FG22</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ Vérifier les réponses CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = Oui</i>		

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. Puis, 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 à FG9

SI PLUS DE 4 FILLES, UTILISER UN AUTRE QUESTIONNAIRE.

	Fille #1	Fille #2	Fille #3	Fille #4
FG12. Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
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) ÉST EXCISÉE ?	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 ARRIVÉ ? 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 : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 ⇒FG19 Non 2 NSP 8	Oui 1 ⇒FG19 Non 2 NSP 8	Oui..... 1 ⇒FG19 Non..... 2 NSP..... 8	Oui..... 1 ⇒FG19 Non..... 2 NSP..... 8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLES 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 ? <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i>	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 Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin 11 Infirmière/Sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP 98	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/Sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)..... 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle22 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.	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>	<i>Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22</i>
				<i>Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé</i> <input type="checkbox"/>

FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue 1 Disparaître 2 Cela dépend 3 NSP 8	
FG23. PENSEZ-VOUS QUE LES PERSONNES DE VOTRE ENTOURAGE, C'EST-A-DIRE DE VOTRE FAMILLE ET DE VOTRE COMMUNAUTE S'ATTENDENT A CE QUE VOUS EXCISIEZ VOTRE FILLE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG24. PENSEZ-VOUS QUE LES AUTRES PARENTS DE VOTRE ENTOURAGE, C'EST - A - DIRE DE VOTRE FAMILLE ET DE VOTRE COMMUNAUTE EXCISERONT LEURS FILLES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
DV1. 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 :				
		Oui	Non	NSP
[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 SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui	1	2	8
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8
[E] SI ELLE REFUSE DE PREPARER LE REPAS?	Refuse de préparer le repas	1	2	8
[F] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1	2	8

CONNAISSANCE ET ATTITUDE FACE AU PALUDISME		PA
<p>PA1. QUELS SONT LES PRINCIPAUX SYMPTOMES DU PALUDISME QUE VOUS CONNAISSEZ ?</p> <p><i>Insister :</i> UN AUTRE SYMPTOME ?</p>	Fièvre A Grelottements B Maux de tête C Douleurs aux articulations D Perte d'appétit E Vomissements F Convulsions G Gout amer H Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas Z	
<p>PA2. SELON VOUS QUELLES SONT LES PERSONNES QUI COURENT LE PLUS DE RISQUES D'ATTRAPER LE PALUDISME ?</p> <p><i>Insister :</i> AUTRE PERSONNE ?</p>	Enfants A Enfants de moins de 5 ans B Femmes enceintes C Vieillards D Tout le monde E Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas Z	
<p>PA3. QUELS SONT LES PRINCIPAUX MOYENS POUR EVITER D'ATTRAPER LE PALUDISME ?</p> <p><i>Insister :</i> UN AUTRE MOYEN ?</p>	Dormir sous moustiquaire A Dormir sous moustiquaire imprégnée B Utiliser les insecticides/ spirales C Garder les alentours de la maison propre .. D Couper les herbes E Eliminer les eaux stagnantes autour de la maison F Pulvérisation des murs intérieurs G Autre (<i>préciser</i>) X Ne sait pas Z	
<p>PA4. EN GENERAL QUELLE GENRE DE MOUSTIQUAIRE PREFEREZ-VOUS (RECTANGULAIRE OU CONIQUE) ?</p>	Conique 1 Rectangulaire 2 N'a pas de préférence 8	
<p>PA5. QUELLE EST LA COULEUR DE MOUSTIQUAIRE QUE VOUS PREFEREZ ?</p>	Blanche 1 Bleue 2 Autre couleur 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 VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister:</i> QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age 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 __ __ NSP 98	⇒MA7 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	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	1⇒MA8A 2⇒MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Date du (premier) mariage Mois __ __ NSPMois 98 Année __ __ __ __ NSPAnnée 9998	⇒ Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age (en années) __ __	

COMPOTEMENT SEXUEL		SB
Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurer que vous êtes 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 FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels00 Age en années __ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) 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..... 1 Non..... 2 NSP / Ne se souvient pas 8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours 1 __ __ Il y a ... semaines..... 2 __ __ Il y a ... mois..... 3 __ __ Il y a ... ans 4 __ __	4⇒SB15
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser) 6	3⇒SB7 4⇒SB7 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 ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel __ __ NSP 98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒SB15

12 DERNIERS MOIS ?		
SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i> <i>Si 'petit ami', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i>	Mari 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami 3 Rencontre occasionnelle 4 Autre (préciser) 6	3⇒SB12 4⇒SB12 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 mariée 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 ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age 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 ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i>	Nombre de partenaires au cours de la vie NSP 98	

VIH/SIDAHA		
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	2⇒Module suivant
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 PIQUES 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 VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT 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 ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse..... 1 2 8	
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement..... 1 2 8	
[C] EN ALLAITANT ?	En allaitant..... 1 2 8	
HA8A. Vérifier HA8. [A], [B]et [C]		
<input type="checkbox"/> Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇒ Aller à HA9		
<input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ Continuer avec HA8B		
HA8B. EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....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 ?	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	
HA12A. PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE	Oui.....1 Non.....2	

VIRUS DU SIDA?	NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA13. Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 3 dernières années ?		
<input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇒ Aller à HA24. <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14		
HA14. Vérifier MN1: A reçu des soins prénatals ?		
<input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24		
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom),		
AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR:	O N NSP	
[A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE?	SIDA par la mère 1 2 8	
[B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?	Choses à faire 1 2 8	
[C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	Test de SIDA 1 2 8	
VOUS A-T-ON:		
[D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	Proposé un 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.	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?		
HA19. Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B, C, D ou E)?		
<input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller 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 ET 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 POUR LE VIRUS DU 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 DU 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⇒Module suivant 2⇒ Module suivant 3⇒ Module suivant
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS	Oui.....1	

AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Non.....2	2⇒HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois1 Il y a 12-23 mois2 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⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 8⇒ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	

MORTALITE MATERNELLEMM		
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS FRERES ET SŒURS, C'EST-A-DIRE TOUS LES ENFANTS NES DE VOTRE MERE BIOLOGIQUE. INCLUEZ TOUS VOS SŒURS ET FRERES QUI VIVENT AVEC VOUS, CEUX QUI VIVENT AILLEURS ET CEUX QUI SONT DECEDES.		
MM1. A COMBIEN D'ENFANTS, VOUS MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T-ELLE DONNE NAISSANCE?	Nombre de naissances de la mère biologique	_____
MM2. Vérifier MM1. <input type="checkbox"/> Deux ou plus naissances ⇒ Continuer avec MM3 <input type="checkbox"/> Seulement une naissance (répondante seulement) ⇒ Aller au Module suivant		
MM3. COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE PROPRE NAISSANCE ?	Nombre de naissances précédentes	_____

	[S1] La + âgée	[S2] Après la +âgée	[S3] Suivante	[S4] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme..... 1 Femme 2	Homme..... 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E)?	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S2]	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S3]	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S4]	Oui 1 Non 2 ⇒MM8 NSP 8 ⇒[S5]
MM7. QUEL AGE A (<i>nom</i>)?	_____	_____	_____	_____
	⇒ Aller à [S2]	⇒ Aller à [S3]	⇒ Aller à [S4]	⇒ Aller à [S5]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE (<i>nom</i>) EST DECEDE(E)?	_____	_____	_____	_____
MM9. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	_____	_____	_____	_____

MM9A. Vérifier MM5 et MM9. <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S2] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S3] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S4] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S5] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2			
MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2			
MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2			
MM13. A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM14.	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>			

	[S5] La plus âgée	[S6] Suivante	[S7] Suivante	[S8] Suivante
MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ?	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2	Homme 1 Femme 2
MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E) ?	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S6]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S7]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S8]	Oui 1 Non 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S9]
MM7. QUEL AGE A (<i>nom</i>) ?	___ ___ ⇒ Aller à [S6]	___ ___ Aller à [S7]	___ ___ Aller à [S8]	___ ___ Aller à [S9]
MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE (<i>nom</i>) EST DECEDE(E) ?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM9. QUEL AGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
MM9A. Vérifier MM5 et MM9. <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S6] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S7] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S8] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S9] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Con- tinuer à MM10
MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13	Oui 1 ⇒ MM13

	Non 2	Non 2	Non.....2	Non.....2
MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇒MM13 Non 2	Oui 1 ⇒MM13 Non 2	Oui.....1 ⇒MM13 Non.....2	Oui.....1 ⇒MM13 Non.....2
MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non 2	Oui 1 Non 2	Oui.....1 Non.....2	Oui.....1 Non.....2
MM13. A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	_____	_____	_____	_____
MM14.	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant</i>
			Cocher ici si un autre questionnaire est utilisé <input type="checkbox"/>	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
TA1. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒TA6
TA2. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière..... 00 Age..... __ __	00⇒TA6
TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒TA6
TA4. AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes..... __ __	
TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 __ 10 jours ou plus mais moins d'un mois..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	
TA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒TA10
TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒TA10
TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares..... A Pipe..... D Tabac à mâcher/chiquer..... E Tabac à priser..... F Autre (<i>préciser</i>)..... X	
TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 __ 10 jours ou plus mais moins d'un mois..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour..... 30	

TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇨TA14
TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇨TA14
TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i>	Tabac à mâcher/chiquerA A priser.....B Autre (<i>préciser</i>)X	
TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	
TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇨Module suivant
TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKEY OU VIN DE DE PALME, VIN DE RAPHIA, ETC. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool..... 00 Age ____	00⇨Module suivant
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30"</i>	N'a pas bu au cours du dernier mois 00 Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois 10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	00⇨Module suivant
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOUR OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ____	

SATISFACTION DE LA VIELS

<p>LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?</p> <p><input type="checkbox"/> Age 25 à 49 ⇒ Aller à WM11</p> <p><input type="checkbox"/> Age 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2</p>		
<p>LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</p> <p>PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ?</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i></p>	<p>Très heureuse..... 1</p> <p>Assez heureuse 2</p> <p>Ni heureuse ni malheureuse..... 3</p> <p>Assez malheureuse 4</p> <p>Très malheureuse..... 5</p>	
<p>LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</p> <p>POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE.</p> <p>VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES.</p> <p><i>Montrer le coté 2 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i></p> <p>QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Assez satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Assez insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite..... 5</p>	
<p>LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?</p>	<p>Très satisfaite 1</p> <p>Assez satisfaite 2</p> <p>Ni satisfaite ni insatisfaite 3</p> <p>Assez insatisfaite 4</p> <p>Très insatisfaite..... 5</p>	
<p>LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE <i>actuelle/ 2015-2016</i>, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p>	2⇒LS7

LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?	N'a pas de travail 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i>	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, Encercler le code "0" et aller à la question suivante. N'insister pas pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i>	N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5	

LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE?	Améliorée..... 1 Plus ou moins la même 2 Empiré..... 3	
LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire..... 3	

WM11. Enregistrer l'heure.	Heure et minutes __ : __	
-----------------------------------	--------------------------------	--

WM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL 15.
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?

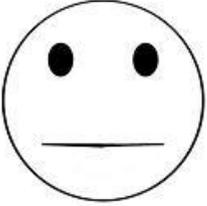
- Oui.* ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquêtée.
- Non.* ⇒ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture.
- ⇒ Si l'enquêté(e) a eu un enfant de moins de 5 ans décédé dans les 3 dernières années, dites-lui que votre collègue reviendra plus tard pour d'autres renseignements.

Observations de l'enquêtrice

Observations du Chef d'équipe

Carte-réponse pour module satisfaction de vie :

Coté 1

Très heureuse	Assez heureuse	Ni heureuse, ni malheureuse	Assez malheureuse	Très malheureuse
				

Coté 2

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