



**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**  
**Mauritanie - 2015**

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<p><i>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.</i></p>		
<p><b>WM1.</b> Numéro de grappe : _____</p>	<p><b>WM2.</b> Numéro de ménage : _____</p>	
<p><b>WM3.</b> Nom de la femme : Nom _____</p>	<p><b>WM4.</b> Numéro de ligne de la femme: _____</p>	
<p><b>WM5.</b> Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____</p>	<p><b>WM6.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 2015__</p>	

<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS FAISONS PARTIE DE L'OFFICE 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.</p>	<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i> 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.</p>
--	---

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

*Oui, permission accordée* ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien.

*Non, permission non accordée* Discuter ce résultat avec le chef d'équipe ⇒ Encercler '03' à WM7.

<b>WM7.</b> Résultat de l'enquête femme	Rempli .....	01
	Pas à la maison .....	02
	Refusé .....	03
	Partiellement rempli.....	04
	Incapacité .....	05
	Autre ( <i>préciser</i> ) _____	<b>96</b>

<b>WM10.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... ____ : ____	
-----------------------------------	------------------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
<b>WB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois ..... ____ NSP mois..... 98  Année ..... ____ NSP année ..... 9998	
<b>WB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparer et corrigerWB1 et/ou WB2 si incohérentes.</i>	Âge (en années révolues) ..... ____	
<b>WB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE OU L'ECOLE MATERNELLE	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire ..... 2 Supérieure ..... 3 Coranique.....4 Mahadra.....5	0⇒WB7  4⇒WB6 5⇒WB6
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrire "00".</i>	Année/classe ..... ____	
<b>WB6.</b> Vérifier WB4:  <input type="checkbox"/> Secondaire, supérieur ou mahadra (WB4 = 2 ou 3 ou 5) ⇒Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> Primaire ou coranique (WB4=1 ou 4) ⇒Continuer avec WB7.		
<b>WB7.</b> J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. 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 <i>(préciser langue)</i>  Aveugle/problème de vue ..... 5	

## ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION

### MT1. Vérifier WB7:

Question laissée vide (La répondante a fait des études secondaires, supérieures ou mahadra) ⇒ Continuer avec MT2

Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2

Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3

<b>MT2.</b> 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	
<b>MT3.</b> 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	
<b>MT4.</b> 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	
<b>MT5.</b> Vérifier WB2: Age de la répondante ?		
<input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6		
<input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Passer au module suivant		
<b>MT6.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT7.</b> AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MT9
<b>MT8.</b> 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	
<b>MT9.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ Module suivant
<b>MT10.</b> 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
<b>MT11.</b> 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
<b>CM1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒CM6
<b>CM5.</b> 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 ..... __ __	
<b>CM6.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒CM8
<b>CM7.</b> 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 ..... __ __	
<b>CM8.</b> 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 ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> COMBIEN DE FILS SONT DECEDES ?  COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?  <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Fils décédés ..... __ __  Filles décédées ..... __ __	
<b>CM10.</b> <i>Sommer les réponses à CM5, CM7 et CM9.</i>	Somme ..... __ __	
<b>CM11.</b> 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 les noms de toutes les naissances en BH1. Enregistrer les jumeaux/triplets sur des lignes séparées.

BH NO. DE LIGN E	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A 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 ANNEE EST NE(E) (nom)?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ?	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer m. de ligne de l'enfant (de HLI)	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?		BH10. 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 ?
				Mois	Année					O	N	
01		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— — ⇒ Ligne suivante	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	O N	
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.	
06		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— — ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	
07		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— — ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	1 2 Ajouter Naissance Suivante.	

BH NO. DE LIGN E	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A 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 ANNEE EST NE(E) (nom)?		BH5. (Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer m. de ligne de l'enfant (de HLI)	BH9. Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?		BH10. 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?
				Mois	Année					O	N	
		1 Simple 2 Multiple	1 Garçon 2 Fille			1 Oui 2 Non	Enregistrer l'âge en années révolues.	1 Oui 2 Non		Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.	1 Oui 2 Non	
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
08		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
09		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
10		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
11		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
12		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
13		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
14		1 2	1 2			1 2 ⇒ BH9		1 2	— ⇒BH10	Jours.....1 Mois.....2 Années.....3	— — —	1 2 Ajouter Naissance Suivante.
BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances)?											Oui.....1	1 ⇒ Enregistrer dans l'historique
											Non.....2	

**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 2 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 2 dernières années).

- Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇒ Aller au module *SYMPTOMES DES MALADIES*.
- Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 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>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.</p> <p>Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.</p> <p>Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</p>		
<b>DB1.</b> QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?	Oui .....	1
	Non .....	2
<b>DB2.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard .....	1
	Pas d'enfant .....	2
<b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?  Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée.	Mois .....	1 __ __
	Années .....	2 __ __
	NSP .....	998

**SANTE MATERNELLE ET INFANTILE**

**MN**

*Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête.*

*Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : \_\_\_\_\_.*

*Utiliser le nomade cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.*

<p><b>MN0A.</b> AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DU FORFAIT OBSTETRICAL ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>2⇒MN1</p>
<p><b>MN0B.</b> AVEZ-VOUS ADHERE AU FORFAIT OBSTETRICAL POUR LA GROSSESSE DE (nom) ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>1⇒MN1</p>
<p><b>MN0C.</b> POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS ADHERE AU FORFAIT OBSTETRICAL ?</p>	<p>FO n'existe pas dans lieu de résidence ... 01                  Cout trop élevé ..... 02                  Eloignement/Transport ..... 03                  Mauvaise qualité des services de santé... 04                  Mari/famille a refusé ..... 05                  Ne voit pas l'importance du FO ..... 06                  Ne connaît pas le processus du FO ..... 07                   Autre (préciser) _____ 96                  NSP ..... 98</p>	
<p><b>MN1.</b> AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>2⇒MN5</p>
<p><b>MN2.</b> QUI AVEZ-VOUS VU ?</p> <p><i>Insister :</i>                  QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin ..... A                  Sage-femme ..... B                  Accoucheuse auxiliaire ..... C                  Infirmière ..... D</p> <p>Autre personne                  Accoucheuse traditionnelle ..... F                  Agent de santé communautaire ..... G</p> <p>Autre (à préciser) _____ X</p>	
<p><b>MN2A.</b> DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i></p>	<p>Semaines ..... 1 ___</p> <p>Mois ..... 2 0 ___</p> <p>NSP ..... 998</p>	
<p><b>MN3.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le 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.</i></p>	<p>Nombre de fois ..... ___</p> <p>NSP ..... 98</p>	
<p><b>MN3A.</b> Vérifier MN3 : Nombre de consultations prénatales</p> <p><input type="checkbox"/> 4 ou plus ⇒ Aller à MN3C</p>		

<input type="checkbox"/> <i>Moins de 4</i> ⇒ Continuer avec MN3B		
<b>MN3B.</b> POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE N'AVEZ-VOUS PAS FAIT PLUS DE VISITES PRENATALES ?	Cout trop élevé ..... 1 Eloignement/Transport ..... 2 Mauvaise qualité des services de santé..... 3 Mari/famille a refusé ..... 4  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	
<b>MN3C.</b> Vérifier MN0B : A adhéré au forfait obstétrical		
<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Continuer à MN3D		
<input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Aller à MN4		
<b>MN3D.</b> SI VOUS N'AVIEZ PAS ADHÉRE AU FORFAIT OBSTETRICAL, PENSEZ-VOUS QUE VOUS AURIEZ QUAND MEME FAIT AU MOINS UNE CONSULTATION PRENATALE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MN4.</b> DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?		Oui Non
[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension..... 1	2
[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?	Échantillon d'urine ..... 1	2
[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Prélèvement sanguin..... 1	2
[D] VOUS A-T-ON FAIT UNE ECHOGRAPHIE	Echographie ..... 1	2
<b>MN5.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?	Oui (carnet vu)..... 1 Oui (carnet non vu)..... 2 Non ..... 3  NSP ..... 8	
PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?		
<i>Si un carnet est présenté, utilisez-le pour aider aux réponses aux 2 questions suivantes (MN6 et MN7).</i>		
<b>MN6.</b> QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE ( <i>nom</i> ), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2 ⇒ MN9 8 ⇒ MN9
<b>MN7.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ) ?	Nombre de fois ..... ___ NSP ..... 8	8 ⇒ MN9
<i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>		
<b>MN8.</b> Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?		
<input type="checkbox"/> <i>Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse</i> ⇒ Aller à MN12		
<input type="checkbox"/> <i>Une seule injection au cours de la dernière grossesse</i> ⇒ Continuer avec MN9		
<b>MN9.</b> EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT	Oui ..... 1	

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 ?	Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN12 8⇒MN12
<b>MN10.</b> AVANT LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... NSP ..... 8	8⇒MN12
<b>MN11.</b> CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ) ?  <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a    année ..... 	
<b>MN12.</b> 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		
<b>MN13.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR <u>EVITER</u> DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN14.</b> QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?  <i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtee un antipaludéen courant.</i>	SP / Fansidar ..... A  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<b>MN15.</b> 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		
<b>MN16.</b> AU COURS DE LA GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ), 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 UN CENTRE DE SANTE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois ..... NSP ..... 98	

<p><b>MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</b></p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin ..... A</p> <p>Sage-femme ..... B</p> <p>Accoucheuse auxiliaire ..... C</p> <p>Infirmière ..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle ..... F</p> <p>Agent de santé communautaire ..... G</p> <p>Parent(e) / Ami(e) ..... H</p> <p>Autre (préciser) ..... X</p> <p>Personne ..... Y</p>	
<p><b>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</b></p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</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/Polyclinique ..... 22</p> <p>Poste de santé ..... 23</p> <p>Autre public (préciser) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée ..... 32</p> <p>Autre médical privé (préciser) ..... 36</p> <p>Autre (préciser) ..... 96</p>	<p>11⇒MN19B</p> <p>12⇒MN19B</p> <p>96⇒MN19C</p>
<p><b>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 ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2⇒MN19C</p>
<p><b>MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</b></p> <p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?</p>	<p>Avant ..... 1</p> <p>Après ..... 2</p>	<p>1⇒MN19C</p> <p>2⇒MN19C</p>
<p><b>MN19B. QUELLE EST LA RAISON PRINCIPALE POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS ACCOUCHE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE ?</b></p>	<p>Eloignement /Transport ..... 1</p> <p>Cout trop élevé ..... 2</p> <p>Mauvaise qualité des services de santé ..... 3</p> <p>Mari/famille a refusé ..... 4</p> <p>Tradition d'accoucher à domicile ..... 5</p> <p>Autre (préciser)_6</p>	
<p><b>MN19C. Vérifier MN0B : A adhéré au forfait obstétrical</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui ⇒Continuer à MN19D</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒Aller à MN20</p>		
<p><b>MN19D. SI VOUS N'AVIEZ PAS ADHERE AU FORFAIT OBSTETRICAL, PENSEZ-VOUS QUE VOUS</b></p>	<p>Oui ..... 1</p>	

AURIEZ QUAND MEME ACCOUCHE DANS UNE STRUCTURE DE SANTE ?	Non ..... 2	
<b>MN20.</b> QUAND ( <i>nom</i> ) ESTNE(E), ETAIT-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	
<b>MN21.</b> ( <i>nom</i> ) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒MN22A 8⇒MN22A
<b>MN22.</b> COMBIEN ( <i>nom</i> ) 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	
<b>MN22.A Vérifier MN18 : lieu d'accouchement MN18 =21 à 36 :</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à MN23 <input type="checkbox"/> Non ⇒ continuer à MN22B		
<b>MN22B.</b> QU'EST-CE QUI A ETE UTILISE POUR COUPER LE CORDON OMBILICAL DE ( <i>nom</i> ) ?	Lame neuve ..... 1 Une lame déjà utilisée pour autre chose .... 2 Des ciseaux ..... 3  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 6 NSP ..... 8	
<b>MN22C.</b> EST-CE QUE L'INSTRUMENT UTILISE POUR COUPER LE CORDON A ETE EBOUILLANTE AVANT SON UTILISATION ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>MN22D.</b> EST-CE QUE QUELQUE CHOSE A ETE APPLIQUE SUR LE CORDON APRES QU'IL AIT ETE COUPE ET ATTACHE JUSQU'A CE QU'IL TOMBE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN23 8⇒MN23
<b>MN22E.</b> QU'EST-CE QUI A ETE APPLIQUE SUR LE CORDON ?  <i>Insister :</i>  QUELQUE CHOSE D'AUTRE ?	Chlorhexidine (antiseptique) ..... A Autre antiseptique (alcool à 90, alcool, gentiane, violette...) ..... B Moutarde ou autre huile ..... C Caca d'animaux ..... D Charbon ..... E Médicament traditionnel ..... F  Autre ..... X NSP ..... Z	
<b>MN23.</b> EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE ( <i>nom</i> )?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MN24.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE ( <i>nom</i> )?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒ Module suivant

<p><b>MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</b></p> <p><i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure. Si moins de 24 heures, noter en heures. Autrement, noter en jours.</i></p>	<p>Immédiatement..... 000</p> <p>Heures ..... 1 ___</p> <p>Jours ..... 2 ___</p> <p>NSP/ Ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2⇒ Module suivant
<p><b>MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ?</b></p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel) ..... A</p> <p>Eau ..... B</p> <p>Eau sucrée/eau glucosée ..... C</p> <p>Calmant pour coliques..... D</p> <p>Solution eau salée/sucrée ..... E</p> <p>Jus de fruit ..... F</p> <p>Préparation pour bébé..... G</p> <p>Thé / Infusions ..... H</p> <p>Miel ..... I</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	

Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien.

Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 ici \_\_\_\_\_.

Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.

**PN1. Vérifier MN18:** L'enfant est-il né dans une structure de santé?

Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 32-36) ⇒ Continuer avec PN2

Non, L'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN6

**PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (nom).**

VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT?

Si c'est moins d'une journée, noter en heures.  
Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.  
Autrement, noter en semaines.

Heures ..... 1 \_\_\_  
Jours ..... 2 \_\_\_  
Semaines ..... 3 \_\_\_  
NSP/ne se rappelle pas ..... 998

**PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (nom), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.**

EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

**PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE 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.**

A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui ..... 1  
Non ..... 2

**PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18).**

EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (nom) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui ..... 1  
Non ..... 2  
1 ⇒ PN11  
2 ⇒ PN16

<p><b>PN6.</b> 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, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇒ 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-G pas encadré à MN17) ⇒ Aller à PN10</p>		
<p><b>PN7.</b> VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (la ou les personnes à MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<p><b>PN8.</b> ET EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT DE PARTIR ?</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</p> <p>Non ..... 2</p>	
<p><b>PN9.</b> APRES QUE (la ou les personnes à MN17), VOUS AIT QUITTE, EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE LA SANTE DE (nom)?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>1⇒PN11</p> <p>2⇒PN18</p>
<p><b>PN10.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2⇒PN19</p>
<p><b>PN11.</b> CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</p>	<p>Une fois ..... 1</p> <p>Plus d'une fois ..... 2</p>	<p>1⇒PN12A</p> <p>2⇒PN12B</p>
<p><b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><b>PN12B.</b> 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.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>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>	

<b>PN13.</b> QUI A CONTROLE LA SANTE DE ( <i>nom</i> ) A CE MOMENT-LA?	Professionnel de la santé: Médecin ..... A Sage-femme ..... B Accoucheuse auxiliaire..... C Infirmière..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G  Autre (préciser) _____ X	
<b>PN14.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?  <i>Insister pour déterminer le lieu de contrôle.</i>  <i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom de l'endroit.</i>  _____ ( <i>Nom de l'endroit</i> )	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital ..... 21 Centre de santé/Polyclinique..... 22 Poste de santé..... 23 Autre public ( <i>préciser</i> ) _____ 26  Secteur médical privé Clinique privée ..... 32  Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) _____ 36  Autre (à préciser) _____ 96	
<b>PN15.</b> Vérifier MN18: L'enfant est né dans un centre de santé?  <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MN18=21-26 ou 32-36) ⇒ Continuer avec PN16  <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17		
<b>PN16.</b> APRES AVOIR QUITTE ( <i>nom ou type de structure sanitaire MN18</i> ), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE SANTE</u> ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant
<b>PN17.</b> Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement?  <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇒ Continuer avec PN18  <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19		
<b>PN18.</b> APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE ( <i>la ou les personnes à MN17</i> ), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE <u>VOTRE SANTE</u> ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant
<b>PN19.</b> APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE SANTE</u> ?  JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ Module suivant

<b>PN20.</b> CE CONTROLE A-T- IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒PN21A 2⇒PN21B
<b>PN21A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?  <b>PN21B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES?  <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>	Heures ..... 1 ___  Jours ..... 2 ___  Semaines ..... 3 ___  NSP/ne se rappelle pas ..... 998	
<b>PN22.</b> QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?	Professionnel de la santé: Médecin ..... A Sage-femme ..... B Accoucheuse auxiliaire ..... C Infirmière ..... D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<b>PN23.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?  <i>Insister pour déterminer le type de source.           S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom de l'endroit.</i>  _____ ( <i>Nom de l'endroit</i> )	Domicile Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12  Secteur public Hôpital ..... 21 Centre de santé/Polyclinique ..... 22 Poste de santé ..... 23 Autre public ( <i>préciser</i> ) ..... 26  Secteur médical privé  Clinique privée ..... 32  Autre médical privé ( <i>préciser</i> ) ..... 36  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... 96	

**IS1.** Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B 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.

**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 ?

*Insister :*  
AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

*Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se puisse plus citer d'autre signes ou symptômes.*

*Encercler tous les symptômes mentionnés, mais ne pas suggérer de réponses*

- Enfant incapable de téter ..... A
- 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
- Enfant avec convulsions ..... H
- Autre (*préciser*) ..... X
- Autre (*préciser*) ..... Y
- Autre (*préciser*) ..... Z

CONTRACEPTION		CP
<p><b>CP1.</b> 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><b>CP2.</b> 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><b>CP2A.</b> 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⇒CP3A
<p><b>CP3.</b> QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p><i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i></p>	<p>Stérilisation féminine ..... A</p> <p>Stérilisation masculine ..... B</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>Abstinence périodique/Rythme ..... L</p> <p>Retrait ..... M</p> <p>Autre (préciser) ..... X</p>	
<p><b>CP3A.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT POUR VOUS PROCURER UNE METHODE DE CONTRACEPTION ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2⇒ Module suivant
<p><b>CP3B.</b> QUEL EST CET ENDROIT ?</p> <p><i>Insister pour obtenir l'endroit.</i></p> <p><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></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Secteur public</p> <p>Hôpital ..... 21</p> <p>Centre de santé/Polyclinique..... 22</p> <p>Poste de santé ..... 23</p> <p>Agent de santé communautaire ..... 24</p> <p>Autre public ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Pharmacie ..... 33</p> <p>Autres sources</p> <p>Marché ..... 41</p> <p>Parents/Amis ..... 42</p> <p>ONG/Associations ..... 43</p> <p>Autre (préciser) ..... 96</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
<b>UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte?</b> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Aller à UN5		
<b>UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	1 ⇒ UN4
<b>UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?</b>	Plus tard ..... 1 Pas d'autre enfant ..... 2	
<b>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?</b>	Avoir un autre enfant ..... 1 Pas d'autre enfant ..... 2 Indécise /NSP ..... 8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
<b>UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN6		
<b>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?</b>	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
<b>UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?</b>	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
<b>UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?</b> <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		

<b>UN9. Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ?</b>		
<input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ <i>Aller à UN13</i> <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ <i>Continuer avec UN10</i>		
<b>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1 ⇒ UN13  8 ⇒ UN13
<b>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?</b>	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 Allaité ..... G Trop âgée ..... H Fataliste ..... I  Autre (préciser) ..... X NSP ..... Z	
<b>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?</b>		
<input type="checkbox"/> <i>Mentionné</i> ⇒ <i>Aller au Module suivant</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas mentionné</i> ⇒ <i>Continuer avec UN13</i>		
<b>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?</b>	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	
<i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée.</i>		

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION		FG
<b>FG1.</b> AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒FG3
<b>FG2.</b> 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
<b>FG3.</b> VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒FG9
<b>FG4.</b> 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
<b>FG5.</b> VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui..... 1 Non..... 2  NSP ..... 8	
<b>FG6.</b> 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	
<b>FG7.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE ? <i>Si l'enquêtee NSP, insister pour avoir une estimation. Si moins d'un an inscrire 00.</i>	Age à l'excision ..... ____  NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre ..... 98	
<b>FG8.</b> QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin..... 11 Sage-femme... 12 Infirmière..... 13  Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire 23 Exciseuse Traditionnelle .24  Autre (préciser)..... 96	
<b>FG9.</b> 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 ..... ____	
<b>FG10.</b> JUSTE POUR ETRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT?		
<input type="checkbox"/> <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
<b>FG12.</b> Nom de la fille	_____	_____	_____	_____
<b>FG13.</b> QUEL AGE A (nom)?	Age ..... ____	Age ..... ____	Age ..... ____	Age ..... ____
<b>FG14.</b> Est-ce que (nom) a moins de 15 ans ?	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
<b>FG15.</b> EST-CE QUE (nom) EST EXCISEE ?	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>	Oui .....1 Non .....2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22</i>
<b>FG16.</b> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE ?  <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i>	Age ..... ____ NSP .....98			
<b>FG17.</b> 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			
<b>FG18.</b> LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui .....1 Non .....2 NSP .....8			

<b>FG19.</b> 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			
<b>FG20.</b> QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin ..... 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13  Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24  Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin ..... 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13  Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24  Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin ..... 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13  Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24  Autre (à préciser) _____ 96	Professionnel de santé Médecin ..... 11 Sage-femme ... 12 Infirmière..... 13  Autre personne Accoucheuse Traditionnelle ...22 Agent de santé communautaire.23 Exciseuse Traditionnelle .24  Autre (à préciser) _____ 96
<b>FG21.</b>	<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"/>

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

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
<b>DV1.</b> 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 BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture .....	1	2	8
[F] MANQUE DE RESPECT AUX PARENTS DU MARI	Manque de respect aux parents .....	1	2	8

MARIAGE		MA	
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE ?	Oui, actuellement mariée ..... 1 Non, pas mariée ..... 3	3⇒MA5	
<b>MA1A.</b> EST-CE QUE CE MARIAGE A ETE ENROLE A L'ETAT CIVIL ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8		
<b>MA2.</b> QUEL AGE A VOTRE MARI ?  <i>Insister: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>	Age en années ..... __ __ NSP ..... 98		
<b>MA3.</b> EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI A D'AUTRES EPOUSES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MA7	
<b>MA4.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre ..... __ NSP ..... 8	⇒MA7 8⇒MA7	
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE ?	Oui, a été mariée ..... 1 Non ..... 3	3⇒Module Suivant	
<b>MA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE OU DIVORCEE ?	Veuve ..... 1 Divorcée ..... 2		
<b>MA7.</b> AVEZ-VOUS ETE MARIEE UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois ..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1⇒MA8A 2⇒MA8B	
<b>MA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE ?	Date du (premier) mariage Mois ..... __ __ NSP Mois ..... 98		
<b>MA8B.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS ?	Année ..... __ __ __ __ NSP Année ..... 9998	⇒ Module suivant	
<b>MA9.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI ?	Age en années ..... __ __		

VIH/SIDA	HA		
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET.  AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒Module suivant	
<b>HA2.</b> 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		
<b>HA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8		
<b>HA4.</b> 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		
<b>HA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8		
<b>HA5A.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LES SERINGUES ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8		
<b>HA6.</b> 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		
<b>HA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8		
<b>HA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :		Oui	Non
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	Au cours de la grossesse.....	1	2
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Pendant l'accouchement.....	1	2
[C] EN ALLAITANT ?	En allaitant.....	1	2
<b>NSP</b> ..... 8			
<b>HA8A.</b> 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			
<b>HA8B.</b> 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		

<b>HA9.</b> 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	
<b>HA10.</b> 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	
<b>HA11.</b> 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	
<b>HA12.</b> 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	
<b>HA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend ..... 8	
<b>HA13.</b> Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 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		
<b>HA14.</b> Vérifier MNI: 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		
<b>HA15.</b> 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	
<b>HA16.</b> 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
<b>HA17.</b> 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

<b>HA18.</b> QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.  APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui..... 1	1⇒HA22
	Non..... 2	2⇒HA22
	NSP..... 8	8⇒HA22
<b>HA19.</b> Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)?		
<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		

<b>HA20.</b> 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
<b>HA21.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non..... 2	
<b>HA22.</b> AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non..... 2	1⇒HA25
<b>HA23.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU 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
<b>HA24.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒HA27
<b>HA25.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus ..... 3	
<b>HA26.</b> 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
<b>HA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non..... 2	

CONSOMMATION DE TABAC		TA
<b>TA1.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière ..... 00 Age ..... ____	00⇒TA6
<b>TA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes ..... ____	
<b>TA5.</b> 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	
<b>TA6.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME, LES CIGARES, LE MONEIJA, LES CIGARILLOS OU LA CHICHA?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> 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 Chicha ..... B Cigarillos ..... C Moneija ..... E Autre (préciser) ..... X	
<b>TA9.</b> 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	

<b>TA10.</b> 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⇒ Module suivant
<b>TA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒ Module suivant
<b>TA12.</b> 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 chiquer..... A A priser ..... B  Autre (préciser) _____ X	
<b>TA13.</b> AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?  <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	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
<p><b>LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?</b></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><b>LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</b></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><b>LS3. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</b></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><b>LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE DE VOS AMIS?</b></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><b>LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE <i>actuelle/2014-2015</i>, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2⇒LS7



<b>LS6.</b> 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	
<b>LS7.</b> 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	
<b>LS8.</b> 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	
<b>LS9.</b> 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	
<b>LS10.</b> 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	
<b>LS11.</b> 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	
<b>LS12.</b> 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	
<b>LS13.</b> 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. Ne pas insister 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	

<b>LS14.</b> 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	
<b>LS15.</b> 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	

<b>WM11.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... ____ : ____	
-----------------------------------	------------------------------------	--

<p><b>WM12.</b> Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.  L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au <b>QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS</b> pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquêtée.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non.</i> ⇒ 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.</p>
--

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations du Chef d'équipe**

**CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :**

**COTE 1**

<b>Très heureuse</b>	<b>Assez heureuse</b>	<b>Ni heureuse, ni malheureuse</b>	<b>Assez malheureuse</b>	<b>Très malheureuse</b>
				

**COTE 2**

<b>Très satisfaite</b>	<b>Assez satisfaite</b>	<b>Ni satisfaite, ni insatisfaite</b>	<b>Assez insatisfaite</b>	<b>Très insatisfaite</b>
				