



ONS



ENQUETE PAR GRAPPES A INDICATEURS MULTIPLES

QUESTIONNAIRE FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

Ce questionnaire doit être administré à chaque femme âgée de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la feuille d'enregistrement du ménage). Remplir une fiche pour chaque femme éligible.

Inscrire les numéros de grappe et de ménage, et le nom et numéro de ligne de la femme dans l'espace ci-dessous. Inscrire votre nom, votre numéro de code et la date.

WM1. N° de grappe : _ _ _	WM2. N° de ménage : _ _
WM3. Nom de la femme :	WM4. N° de ligne de la femme : _ _
WM5. Nom et code de l'enquêtrice : _ _	WM6. Date de l'interview : _ _ _ _ _ _ _ _ _ Jour Mois Année
Signature :	
WM7. Résultat de l'interview de la femme Rempli 01 Pas à la maison 02 Refusé 03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (<i>précisez</i>) 96	WM8. Nom et code de la contrôleuse : _ _ Signature :
WM8A. Nom et code du chef d'équipe : _ _ Signature :	WM9. Nom et code l'agent de saisie : _ _ Signature :

OBSERVATIONS :

.....

.....

.....

WM10. ENREGISTREZ L'HEURE.	Heure et minutes :	
----------------------------	--------------------------------	--

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois NSP mois..... 98 Année NSP année.....9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? <i>Insistez : QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues) _ _	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE FORMELLE OU NON FORMELLE?	Oui 1 Non 2	2⇒WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Primaire 1 Secondaire Général..... 2 Secondaire Tech/Prof..... 3 Supérieur 4 Coranique 5 Mahadra 6	5 ⇒WB6 6⇒WB6
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? <i>Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"</i>	Année/classe _ _	
WB6. Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Mahadra, Secondaire, ou supérieur. ⇒ Allez au module suivant <input type="checkbox"/> Coranique ou Primaire ⇒ Continuez avec WB7		
WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrez les phrases à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire la phrase entière 3 Aveugle/muette/problème de vue/ élocution 4	

MARIAGE		MA
MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE?	Oui, 1 Non, 2	2⇒MA5
MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI? <i>Insistez : POUR AVOIR L'AGE EXACTE DU MARI.</i>	Âge en années __ __ NSP..... 98	
MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI A D'AUTRES EPOUSES?	Oui 1 Non 2	2⇒MA7
MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES A-T-IL ?	Nombre __ NSP..... 8	⇒MA7 8⇒MA7
MA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE?	Oui 1 Non 2	2⇒ MODULE SYMPTOME DE MALADIE
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE?	Veuve 1 Divorcée 2	
MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois 1 Plus d'une fois 2	
MA8. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETIEZ-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS?	Date du premier mariage Mois __ __ NSP mois 98 Année..... __ __ __ __ NSP année..... 9998	⇒ MA 9A
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI?	Âge en années __ __ NSP année..... 98	
MA9A. Vérifiez MA1 et MA6		
<input type="checkbox"/> Oui, mariée ou divorcée ⇒ Continuez avec MA10 <input type="checkbox"/> VEUVE, ⇒ Allez au Module Suivant		
MA10. VOTRE ETAT MATRIMONIAL ACTUEL (MARIAGE OU DIVORCE) A-T-IL ETE ENREGISTRE A L'ETAT CIVIL?	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	1⇒Module Suivant 8⇒Module Suivant
MA11. SI NON, POURQUOI?	Coûte très cher 01 Lieu trop loin 02 Ne savait pas qu'il devrait être enregistré. 03 Ne sait pas où l'enregistrer 04 Ne voit pas l'utilité de l'état civil 05 Autre (à préciser) 96 NSP..... 98	

MORTALITE DES ENFANTS
CM

Ce module est adressé à toutes les femmes âgées de 15-49 ans. Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.

<p>CM1. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒ CM8</p>
<p>CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒ CM6</p>
<p>CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils à la maison __ __</p> <p>Filles à la maison __ __</p>	
<p>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 ?</p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒ CM8</p>
<p>CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Fils ailleurs __ __</p> <p>Filles ailleurs __ __</p>	
<p>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 ?</p> <p><i>Si "Non" insistez et demandez : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?</i></p>	<p>Oui..... 1 Non..... 2</p>	<p>2⇒ CM10</p>
<p>CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ?</p> <p>COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ?</p> <p><i>Si aucun, enregistrez '00'.</i></p>	<p>Garçons décédés __ __</p> <p>Filles décédées __ __</p>	
<p>CM10. <i>Faites la somme des réponses à CM5, CM7 et CM9.</i></p>	<p>Somme __ __</p>	
<p>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 ?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui. Vérifier ci-dessous :</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance ⇒ Aller au module des SYMPTOMES DE MALADIES</i></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒ Continuer avec L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</i></p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non. ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections si nécessaire avant de continuer selon le résultat de la vérification, avec le module de l'HISTORIQUE DES NAISSANCES ou le module de SYMPTOMES DE MALADIES</i></p>		

HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

MAINTENANT, JE VOUDRAI 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, utiliser un autre questionnaire.

BH No. De Ligne	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH10.
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	(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 ANNI- VERSAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues.	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	Enregistrer le numéro de ligne de l'enfant (à partir de HL1) Noter "00" si l'enfant n'est pas dans le ménage.	Si décédé : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si " moins de 2 ans ", Insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans si à 2 ans ou plus	Y A T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT QUI SERAIT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?	
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ Ligne suivante	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3		1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.

BH No. De Ligne	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)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		BH5. (nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNI- VERSAIRE ?	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. <i>Enregistrer le numéro de ligne de l'enfant (à partir de HL1)</i> <i>Noter "00" si l'enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé :</i> QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? <i>Si " moins de 2 ans ", Insister: QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en ans si à 2 ans ou plus</i>		BH10. Y A T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom), Y COMPRIS UN ENFANT QUI SERAIT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE?
	Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours..... 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter Prochaine Naissan. Naissan.

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 Non..... 2	1⇒ Enregistrer dans l'historique
---	--------------------------	----------------------------------

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

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

CM13. Vérifier BH4 dans L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'entretien) en **2009** ?

- Non, Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇒ Aller au module SYMPTOMES DES MALADIES.
- Oui, 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, faites preuve de tact quand vous vous référez 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 2 ans précédant la date de l'enquête. Vérifier BH4 dans le module Historique des Naissances (BH) et enregistrer le nom du dernier enfant ici :</i></p> <p>_____.</p> <p><i>Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes la où c'est indiqué.</i></p>		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui 1 Non 2	1 ⇒ Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard 1 Ne Plus avoir d'enfant..... 2	2 ⇒ Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?	Mois 1 __ __ Années..... 2 __ __ NSP..... 998	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ		MN
<p><i>Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview. Vérifiez le module sur l'Historique des naissances des enfants à BH4 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né _____.</i></p> <p><i>Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.</i></p>		
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui 1 Non 2	2⇒MN5
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? <i>Insistez : QUELQU'UN D'AUTRE ?</i> <i>Insistez pour obtenir la catégorie de personne vue en vous aidant par exemple par le type de structure visitée et encerclez toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin A Sage-femme B Infirmier (e)..... C Accoucheuse auxiliaire D Autre personne Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Autre (précisez) X	
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de fois ___ NSP 98	
MN3A. DURANT QUEL MOIS DE LA GROSSESSE AVEZ-VOUS EFFECTUÉ VOTRE PREMIÈRE ET DERNIÈRE VISITE PRÉNATAL ?	mois de la première visite: mois de la dernière visite:	
MN4. 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 PRÉLEVÉ DE L'URINE ?	Échantillon d'urine 1 2	
[C] VOUS A-T-ON PRÉLEVÉ DU SANG ?	Prélèvement sanguin 1 2	
MN5. 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 vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.</i>		
MN6. QUAND VOUS ÉTIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU À L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-À-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i>	Nombre de fois ___ NSP 8	8⇒MN9
MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Allez à MN12 <input type="checkbox"/> Moins de deux injections au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9		

MN9. EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.</i>	Nombre de fois __ NSP 8	8⇒MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?	Il y a année __ __	
MN12. Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec MN13A <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Allez à MN17		
MN13A. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER L'ANEMIE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME? <i>Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéens courant.</i>	SP / Fansidar A Chloroquine C Autre (précisez) X NSP Z	
MN15. Vérifiez MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇒ Continuez avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇒ Allez à MN17		
MN16. AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP / FANSIDAR PERIMETAMINE?	Nombre de fois __ __ NSP 98	
MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ? <i>Insistez : QUELQU'UN D'AUTRE ?</i> <i>Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées.</i> <i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i>	Professionnel de la santé: Médecin A Sage-femme B Infirmier (e) C Accoucheuse auxiliaire D Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parent(e) / Ami(e) H Autre (précisez) X Personne Y	

<p>MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(<i>Nom de l'endroit</i>)</p>	<p>Domicile Votre domicile11 Autre domicile12</p> <p>Secteur public Hôpital21 Centre de santé22 Poste de santé.....23 Autre (<i>précisez</i>) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé Clinique privée.....31 Autre privé médical (<i>précisez</i>) _____ 36</p> <p>Autre (<i>précisez</i>) _____ 96</p>	<p>11⇒MN20 12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p>MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (<i>nom</i>) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	
<p>MN20. QUAND (<i>nom</i>) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros1 Plus gros que la moyenne2 Moyen.....3 Plus petit que la moyenne4 Très petit5</p> <p>NSP8</p>	
<p>MN21. (<i>nom</i>) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui1 Non2</p> <p>NSP8</p>	<p>2⇒MN23 8⇒MN23</p>
<p>MN22. COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i></p>	<p>Du carnet de santé 1 (kg) ____ . ____</p> <p>De mémoire 2 (kg) ____ . ____</p> <p>NSP99998</p>	
<p>MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUESDEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	
<p>MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	<p>2⇒ MN28</p>
<p>MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours</i></p>	<p>Immédiatement.....000</p> <p>Heures1 ____</p> <p>Jours.....2 ____</p> <p>Ne sait pas/ Ne se rappelle pas998</p>	
<p>MN26. DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (<i>nom</i>) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</p>	<p>Oui1 Non2</p>	<p>2⇒ MN28</p>

<p>MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insistez :</i> RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé G Thé / Infusions H Miel I Autre (<i>précisez</i>) X</p>	
<p>MN28. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS POSTNATALS APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>OUI1 NON2 NSP8</p>	<p>2⇒ MN31 8⇒ MN31</p>
<p>MN29. APRES COMBIEN DE JOUR OU DE SEMAINE APRES L'ACCHOUCEMENT AVEZ-VOUS EFFECTUEZ LA PREMIERE VISITE POSTNATALS ?</p>	<p>Immédiatement000 Jours1 __ __ Semaines2 __ __ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas8...98</p>	
<p>MN 30. QUI AVEZ-VOUS VU ?</p> <p><i>Insistez :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insistez pour obtenir la catégorie de personne vue en vous aidant par exemple par le type de structure visitée et encerclez toutes les réponses données.</i></p>	<p>Professionnel de la santé : Médecin A Sage-femme B Infirmier (e) C Accoucheuse auxiliaire D Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Autre (<i>précisez</i>) X</p>	
<p>MN31. QU'A-T-ON APPLIQUE SUR LE CORDON OMBILICAL DE (NOM) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Rien A Alcool B Charbon C Médicament traditionnel D NSP Y</p>	

IS1. Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9

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

Oui. ⇒ Continuez avec IS2.

Non. ⇒ Allez au Module suivant.

IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A MENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?

Insistez :
AUCUN AUTRE SYMPTOME ?

Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes.

Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses

- Enfant incapable de boire ou de téter A
- État de l'enfant s'aggrave..... B
- Enfant devient fiévreux..... C
- Enfant respire rapidement..... D
- Enfant a des difficultés pour respirer..... E
- Enfant a du sang dans les selles F
- Enfant boit difficilement G
- Autre (*précisez*)..... X
- Autre (*précisez*)..... Y
- Autre (*précisez*)..... Z

MODULE SUR LES FISTULES OBSTETRIQUES
F
Ce module est administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans vivant dans le ménage

F1. CONNAISSEZ-VOUS LA MALADIE DENOMMEE FISTULE, C'EST-A-DIRE LA "MALADIE DE L'URINE" SURVENU SUITE A UN ACCOUCHEMENT COMPLIQUE?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ Module suivant
F2. QUELLES SONT SELON VOUS LES CAUSES DE CETTE MALADIE? <i>Enregistrer spontanément les réponses de l'enquêtée</i>	Sorcellerie ou envoutement mystique.....A Mauvais sort, fatalité :.....B Trop jeune pour accoucherC Trop vieille pour accoucher.....D Trop maigre pour supporter une grossesse...E Trop d'accouchements successifsF Maladies fréquentes durant la grossesseG Accouchement d'un gros bébéH Accouchement a domicile sans assistance médicale.....I Autres (<i>précisez</i>).....X Ne sait pas :.....Y	
F3. QUELLES SONT SELON VOUS LES PRINCIPALES MANIFESTATIONS DE CETTE MALADIE ? <i>Enregistrer spontanément les réponses de l'enquêtée</i>	Amaigrissement continu..... A Perte involontaire des urines..... B Perte involontaire des selles..... C Perte involontaire des urines et des selles.... D Constamment mouillées..... E Odeurs nauséabondes..... F Infirmité locomotrice relative..... G Autres (<i>précisez</i>) X Ne sait pas Y	
F4. PEUT-ON, SELON VOUS, SOIGNER CETTE MALADIE ET EN GUERIR ?	Oui1 Non..... 2	
F5. Vérifiez MA1 et MA4 pour voir si la femme est mariée ou déjà été mariée (MA1=1 ou MA4= 1) <input type="checkbox"/> <i>Oui, (Modalités 1 ou 1), mariée ou déjà été mariée ⇒ Continuez avec F6</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒ F15</i>		
F6. ETES-VOUS ATTEINTE OU AVEZ-VOUS DEJA CONTRACTEE CETTE MALADIE ?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ F15
F7. COMMENT, SELON VOUS, AVEZ-VOUS CONTRACTE CETTE MALADIE ?	Sorcellerie ou envoutement mystique.....A Mauvais sort, fatalité :.....B Trop jeune pour accoucherC Trop vieille pour accoucher.....D Trop maigre pour supporter une grossesse...E Trop d'accouchements successifsF Maladies fréquentes durant la grossesseG Accouchement d'un gros bébéH Accouchement a domicile sans assistance médicaleI Autres (<i>précisez</i>).....X Ne sait pas :.....Y	
F8. COMMENT AVEZ VOUS ETE SOIGNEE ?	Voie médicale..... A Opération chirurgicale..... B Autres (<i>précisez</i>).....X Ne s'est pas soignée..... Z	A ⇒ F11 X ⇒ F11 Z ⇒ F15

F9. COMBIEN D'OPERATIONS AVEZ-VOUS SUBIES?	Nombre d'opérations:..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																					
F10.COMBIEN D'ANNEES AVEZ-VOUS PASSEE AVEC VOTRE FISTULE AVANT DE SUBIR LA PREMIERE OPERATION CHIRURGICALE ? <i>Si moins d'une année inscrire 00</i>	Nombre d'année : _____ NSP 98																					
F11.OU VOUS ETES VOUS PRINCIPALEMENT FAIT SOIGNER ?	Secteur public Hôpital.....11 Centre de santé..... 12 Poste de santé.....13 Agent de santé villageois.....14 PMI.....15 Autre (à préciser)..... 16 Secteur médical privé Clinique privée.....21 Médecin.....22 Pharmacie..... 23 Autre (à préciser)..... 26 Autre source Parente / amie..... 31 Commerce.....32 Guérisseur traditionnel33 Autre (à préciser) 36																					
F12.CETTE OPERATION CHIRURGICALE OU LA DERNIERE OPERATION CHIRURGICALE SUBIE A-T-ELLE ETE SELON VOUS REUSSIE?	Oui1 Non.....2	2 ⇒ F14																				
F13.POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE CETTE OPERATION EST REUSSIE?	Cessation totale des pertes d'urines..... A Reprise des activités quotidiennes..... B Sensation de délivrance et de mieux être.....C Retour a la vie de famille..... D Autres (<i>précisez</i>) X	A⇒ F15 B⇒ F15 C⇒ F15 D⇒ F15 X ⇒ F15																				
F14. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE CETTE OPERATION N'EST PAS REUSSIE?	Aggravation: pertes d'urines trop fréquentes..A Aucune amélioration.....B Douleurs excessives.....C Maintien en internement en milieu médical...D Nouvelle opération planifiée.....E Autres (<i>précisez</i>)..... X																					
F15. SELON VOUS, PEUT-ON EVITER LA FISTULE EN ADOPTANT LES COMPORTEMENTS SUIVANTS:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A. Eviter les grossesses précoces avant 18 ans</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>B. Encourager la scolarisation de la jeune fille</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>C. Eviter les grossesses trop rapprochées</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>D. Eviter les grossesses trop nombreuses</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	A. Eviter les grossesses précoces avant 18 ans	1	2	8	B. Encourager la scolarisation de la jeune fille	1	2	8	C. Eviter les grossesses trop rapprochées	1	2	8	D. Eviter les grossesses trop nombreuses	1	2	8	
	Oui	Non	NSP																			
A. Eviter les grossesses précoces avant 18 ans	1	2	8																			
B. Encourager la scolarisation de la jeune fille	1	2	8																			
C. Eviter les grossesses trop rapprochées	1	2	8																			
D. Eviter les grossesses trop nombreuses	1	2	8																			

F16. SELON VOUS, PEUT-ON PREVENIR LA FISTULE EN ADOPTANT LES COMPORTEMENTS SUIVANTS EN CAS DE GROSSESSES:		OUI	NON	NSP	
A.	FAIRE DES CONSULTATIONS PRENATALES DANS UN CENTRE DE SANTE	1	2	8	
B.	ACCOUCHER EN MILIEU HOSPITALIER OU DANS UNE MATERNITE	1	2	8	
C.	FAIRE DES CONSULTATIONS POST-NATALES	1	2	8	
D.	PARTICIPER AUX SEANCES DE PLANIFICATION FAMILIALE	1	2	8	
E.	EVITER DE FAIRE DES TRAVAUX MENAGERS TROP PENIBLES (CORVEE D'EAU, DE BOIS, ETC.)	1	2	8	
F.	Eviter de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles	1	2	8	
F17. CONNAISSEZ-VOUS D'AUTRES FEMMES QUI SOUFFRENT OU QUI ONT SOUFFERT DE LA FISTULE?		Oui1		2 ⇨ MODULE SUIVANT	
		Non.....2			
F18. SI OUI COMBIEN DE FEMMES CONNAISSEZ-VOUS?		Nombre de femmes: __ __			
		NSP..... 98			
F19. OU SE TROUVENT CES FEMMES ?		Dans la même localité..... A			
		Dans d'autres localitésB			
F20. PARMIS CES FEMMES COMBIEN ONT ETE OPEREES ?		Nombre de femmes opérées: __ __			
		NSP..... 98			

Les 2 modules suivants s'adressent aux femmes actuellement mariées

Vérifiez si MAI=1

Oui, actuellement Mariée ⇒ Continuer avec CPI

Non, ⇒ Aller au module « Mutilation génitale »

<p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP / Pas sûre 8</p>	<p>1⇒ Module suivant</p>
<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>	<p>2⇒ Module suivant</p>
<p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p><i>Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encerclez chaque méthode.</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>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>précisez</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 VOUDRAI 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 VOUDRAI 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 /Ne Sait Pas 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 VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOUEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant 1 Pas d' (autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 3 Indécise / Ne Sait Pas 8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ___ Années..... 2 ___ Bientôt/Maintenant..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte . 994 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		

<p>UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13</p> <p><input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10</p>		
<p>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui 1</p> <p>Non 2</p> <p>NSP 8</p>	<p>1 ⇒ UN13</p> <p>8 ⇒ UN13</p>
<p>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A</p> <p>Ménopause B</p> <p>N'a jamais eu de règles C</p> <p>Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès D</p> <p>Est en aménorrhée postpartum E</p> <p>Allaite F</p> <p>Trop âgée G</p> <p>Fataliste H</p> <p>Autre (<i>spécifier</i>) X</p> <p>Ne sait pas Z</p>	
<p>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller au Module suivant</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> NON ⇒ CONTINUER AVEC UN13</p>		
<p>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ?</p>	<p>Jours 1 __ __</p> <p>Semaines 2 __ __</p> <p>Mois 3 __ __</p> <p>Années 4 __ __</p> <p>Ménopausée / A eu une hystérectomie 994</p> <p>Avant la dernière naissance 995</p> <p>N'a jamais eu de règles 996</p>	

MUTILATIONS GENITALES FEMININES/EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇒FG7
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
FG7. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE ? <i>Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.</i>	Durant la petite enfance00 Age à l'excision(en année revolu)..... __ __ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre98	
FG8. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin.....11 Infirmière/sage-femme12 Autre professionnel de la santé (<i>précisez</i>).....16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle.....21 Accoucheuse traditionnelle22 Autre traditionnel (<i>précisez</i>).....26 NSP.....98	
FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer la somme ici	Nombre total de filles vivantes__ __	
FG10. JUSTE POUR ETRE SURE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (NOMBRE TOTAL A FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> UNE FILLE OU PLUS DE FILLES VIVANTES ⇒ CONTINUER AVEC FG11 <input type="checkbox"/> AUCUNE FILLE VIVANTE ⇒ ALLER A FG21 <input type="checkbox"/> NON ⇒ VERIFIER LES REPONSES CM1-CM10 ET FAITES LES CORRECTIONS NECESSAIRES JUSQU'A CE QUE FG10 = OUI		

FG11. Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses filles en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Ecrire le nom de chaque fille en FG12. Poser alors les questions FG13 à FG20 pour une fille à la fois.

Le nombre total de filles à FG12 doit être égal au nombre de FG9

Si plus de 4 filles, utiliser un questionnaire de plus.

	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 <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>
FG15. EST-CE QUE (nom) A ETE 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>
FG16. 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	Age ____ NSP 98	Age..... ____ NSP..... 98	Age ____ NSP 98
FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA : A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui..... 1 ⇒FG20 Non..... 2 NSP..... 8	Oui 1 ⇒ FG20 Non 2 NSP 8	Oui 1 ⇒ FG20 Non 2 NSP..... 8	Oui 1 ⇒ FG20 Non 2 NSP 8
FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	Oui 1 Non 2 NSP 8	Oui 1 Non 2 NSP..... 8	Oui 1 Non 2 NSP 8

FG20. QUI A PROCÉDÉ À L'EXCISION ?	Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/Sage-femme 12 Autre professionnel santé (préciser) ____ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle21 Accoucheuse Traditionnelle 22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP98	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 NSP98	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 NSP98	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>
FG22. Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	Maintenu 1 Disparaître 2 Cela dépend de..... 3 NSP 8			
FG23. FEREZ-VOUS EXCISER VOTRE PROCHAINE FILLE?	Oui 1 Non 2			2 ⇒ MODULE SUIVANT
FG 24. SI OUI POURQUOI?	Meilleure Hygiène..... A Reconnaissance Sociale..... B Meilleure Chance Mariage..... C Apaiser Le Désir Sexuel De La Femme..... D Plus De Plaisir Sexuel Pour l'Homme..... E Nécessité Religieuse F Autre (Préciser) _____ X Aucun Avantage..... Y			
				<i>Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé</i> <input type="checkbox"/>

ATTITUDES VIS-A-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE
DV

DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :

[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?

	Oui	Non	NSP
Sort sans le lui dire	1	2	8

[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?

Néglige les enfants	1	2	8
---------------------------	---	---	---

[C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ?

Argumente	1	2	8
-----------------	---	---	---

[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?

Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
----------------------------------	---	---	---

[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?

Brûle la nourriture	1	2	8
---------------------------	---	---	---

VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒ 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 PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE 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 :		
		Oui Non NSP
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?	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
HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend.....8	

HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non.....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8	
HA13. Vérifiez CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?		
<input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Continuez avec HA14 <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez à HA24.		
HA14. Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ?		
<input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Allez à HA24		
HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	
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 NSP8	2⇒HA19 8⇒HA19
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA22
HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS RECU DES CONSEILS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19. Vérifiez MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B, C ou D)?		
<input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Allez à HA24		
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒HA25

<p>HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?</p>	<p>Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 24 mois ou plus.....3</p>	<p>1⇒ MODULE SUIVANT 2⇒ MODULE SUIVANT 3⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p>HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	<p>2⇒ HA27</p>
<p>HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?</p>	<p>Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois.....2 Il y a 24 mois ou plus.....3</p>	
<p>HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	<p>1⇒ MODULE SUIVANT 2⇒ MODULE SUIVANT</p>
<p>HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA?</p>	<p>Oui.....1 Non.....2</p>	

MORTALITE MATERNELLE
MM

Maintenant je voudrai vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants nés de votre mère biologique. SVP, incluez tous vos sœurs et frères qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.

MM1. A COMBIEN D'ENFANTS, VOUS MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T ELLE DONNE NAISSANCE ?

NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE BIOLOGIQUE

— —

MM2. Vérifier MM1.

- Deux ou plus naissances ⇒ Continuer avec MM3
 Seulement une naissance (répondante seulement) ⇒ Aller WM. 11

MM3. COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE NAISSANCE ?

Nombre de naissances précédentes

— —

	[S1] La plus âgée	[S2] Après la plus 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) ?	— — <i>Si de sexe masculin ou décédée avant 12 ans, aller à [S2]</i>	— — <i>Si de sexe masculin ou décédée avant 12 ans, aller à [S3]</i>	— — <i>Si de sexe masculin ou décédée avant 12 ans, aller à [S4]</i>	— — <i>Si de sexe masculin ou décédée avant 12 ans, aller à [S5]</i>
MM10. EST-CE QUE (<i>nome</i>) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui..... 1 ⇒ MM13 Non..... 2	Oui..... 1 ⇒ MM13 Non..... 2	Oui 1 ⇒ MM13 Non 2	Oui..... 1 ⇒ MM13 Non..... 2
MM11. EST-CE QUE (<i>nome</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>nome</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 (AVANT CETTE GROSSESSE) ?	— —	— —	— —	— —
MM14.	<i>Si pas plus de frères/ sœurs, aller à WM11</i>	<i>Si pas plus de frères/ sœurs, aller à WM11</i>	<i>Si pas plus de frères/ sœurs, aller à WM11</i>	<i>Si pas plus de frères/ sœurs, aller à WM11</i>

WM11. Enregistrez l'heure.

Heure et minutes ____ : ____

WM12. L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de 5 ans vivant dans le ménage ?

Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9.

- Oui. ⇒ Allez au *QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS* pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquêtée.
- Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.

Observations de l'enquêtrice

Observations de la contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe