REPUBLIQUE DU MALI
Un Peuple - Un But - Une Foi

MINISTERE DE LA SANTE

CELLULE DE PLANIFICATION ET DE LA STATISTIQUE

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

ENQUETE EN GRAPPE A INDICATEURS MULTIPLES ET DE DEPENSES DES MENAGES (MICS-ELIM 2009)

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME	**WM**
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque femme éligible.	
WM1. Numéro de grappe : |____|____|____|	WM2. Numéro de ménage : |____|____|____|
WM3. Nom de la femme : Nom_____	WM4. Numéro de ligne de la femme: |____|____|
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom_____ |____|____|	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : |____|____| / |____|____| / |____|____|____|____|
WM5A. . Nom et code de la contrôleuse : Nom_____ |____|____|	WM6A. Jour / Mois / Année de contrôle : |____|____| / |____|____| / |____|____|____|____|

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DU MINISTERE DE LA SANTE – MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION, LA NUTRITION ET LES DEPENSES DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE DU TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

- ☐ *Oui, permission accordée ⇨ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.*
- ☐ *Non, permission non accordée ⇨ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.*

WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli.....1 Pas à la maison.....2 Refusé.....3 Partiellement rempli.....4 Incapacité.....5 Autre (*précisez*) _____ 6

WM8. Contrôlé sur le terrain par le Chef d'Equipe : Nom _____ |____|____|	WM9. Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____ |____|____|
WM9A. Contrôlé sur le terrain par Superviseur : Nom _____	

WM10. *Enregistrez l'heure.*	Heure et minutes.....I__I__I : I__I__I	

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		**WB**
WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois.....I____I____I NSP mois.....98 Année .....I____I____I____I____I NSP année.....9998	
WB2. QUEL AGE AVEZ-VOUS ? *Insistez :* QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? *Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes*	Âge (en années révolues).....I____I____I	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui.....1 Non.....2	 2⇨WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle.....0 Fondamental 1 .....1 Fondamental 2 .....2 Secondaire .....3 Supérieur.....4	0⇨WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? *Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"*	Classe .....I____I____I	
WB6. *Vérifiez WB4:* ☐ *Secondaire ou supérieur. ⇨ Allez à WB8*	☐ *Si code 0 ou 1 ou 2 ⇨ Continuez avec WB7*	
WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. *Montrez les phrases à l'enquêtée.* *Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez :* POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout.....1 Peut lire certaines parties.....2 Peut lire la phrase entière .....3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée_____ 4 *(précisez langue)* Aveugle/muette/problème de vue/ élocution.....5	1⇨WB9 2⇨WB9 4⇨WB9 5⇨WB9
WB8. LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour .....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine .....3 Pas du tout 4	
WB9. ÉCOUTEZ-VOUS LA RADIO PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour .....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine .....3 Pas du tout 4	
WB10. REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour .....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine .....3 Pas du tout 4	

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
DB0. 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⇨ Module Symptômes des Maladies
DB0A DE TOUTES CES (*nombre total*) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E) ? *Le mois et l'année doivent être enregistrés.* *Le mois et l'année doivent être enregistrés*	Date de la dernière naissance Jour.....I___I___I NSP Jour .....98 Mois .....I___I___I Année ..... I___I___I___I___I	
*Vérifiez DB0A Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'interview) en **2007**(ou en **2008** si l'année de l'interview est 2010)* ☐ *Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇨ Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES.* ☐ *Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇨ Demandez le nom de l'enfant* *NOM DE L'ENFANT*_____ *Continuez avec la question suivante.*		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (*nom*), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui .....1 Non 2	1⇨Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard .....1 Pas d'enfant.....2	2⇨ Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?	Mois .....1 I____I____I Années .....2 I____I____I NSP 998	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ — MN

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview.
Enregistrez ici le nom du(des) dernier(s) enfant(s) né(s) au cours des 2 dernières années _____
Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.

MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (*nom*) ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨MN5
MN1A. AVEZ-VOUS REÇU UN CARNET DE VISITES PRENATALES AU COURS DE LA GROSSESSE DE (*nom*) ?	Oui (carnet vu) ..... 1 Oui (carnet non vu) ..... 2 Non ..... 3 NSP 8	
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? *Insistez :* QUELQU'UN D'AUTRE ? *Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données.*	Professionnel de la santé : Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière Obstétricienne ..... C Autre Infirmier ..... D Autre personne Matrone ..... E Accoucheuse traditionnelle ..... F Parents/amis ..... G Autre (*précisez*) _____ X Personne ..... Y	 Y⇨MN5
MN2A. DE COMBIEN DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE LORS DE VOTRE PREMIERE CONSULTATION PRENATALE ?	Nombre de mois ..... I____I____I NSP 98	
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de fois ..... I____I____I NSP 98	
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ? [D] VOUS A-T-ON PRIS LE POIDS ? [E] VOUS A-T-ON MESURE LA TAILLE ?	**Oui Non** Tension ..... 1 2 Échantillon d'urine ..... 1 2 Prélèvement sanguin ..... 1 2 Poids ..... 1 2 Taille 1 2	
MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ? *Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.*	Oui (carnet vu) ..... 1 Oui (carnet non vu) ..... 2 Non ..... 3 NSP 8	
MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (*nom*), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN9 8⇨MN9

MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (*nom*)? *Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.*	Nombre de fois ..... I___I NSP..... 8	 8⇨MN9
MN8. *Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?* ☐ *Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇨ Allez à MN12* ☐ *Moins de deux injections antitétaniques 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 ? *Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.*	Nombre de fois ..... I___I 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 ..... I___I___I	
MN12. *Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :* ☐ *Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuez avec MN13* ☐ PAS DE SOINS PRENATALS ⇨ *ALLEZ A* MN17		
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 ? *Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéen courant.*	SP/Fansidar/Maloxine..... A Chloroquine ..... B Autre (*précisez*) _____ X NSP..... Z	
MN15. *Vérifiez MN14 pour le médicament pris :* ☐ *SP / Fansidar / Maloxine pris. ⇨ Continuez avec MN16* ☐ *SP / Fansidar/ Maloxine non pris. ⇨ Allez à MN16A*		
MN16. AU COURS DE CETTE GROSSESSECOMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR/ MALOXINE ?	Nombre de fois ..... I___I___I NSP..... 98	
MN16A. AU COURS DE CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS PRIS DU FER, ACIDE FOLIQUE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
MN16B. AU COURS DE CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS REÇU UNE MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE D'INSECTICIDE ?	Oui ..... 1 Non 2	

MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (*nom*) ? *Insistez :* QUELQU'UN D'AUTRE ? *Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées.* *Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.*	Professionnel de la santé : Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière Obstétricienne ..... C Autre Infirmier ..... D Autre personne Matrone ..... E Accoucheuse traditionnelle ..... F Parents/amis ..... G Autre (*précisez*) _____ X Personne ..... Y	
MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (*NOM*) ? *Insistez pour obtenir le type d'endroit.* *Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.* _____ *(Nom de l'endroit)*	Domicile Votre domicile ..... 11 Autre domicile ..... 12 Secteur public Hôpital ..... 21 Csref ..... 22 Cscom ..... 23 Disp/Maternite ..... 24 Autre public (*précisez*) _____ 26 Secteur médical privé Clinique privé/Cabinet médical ..... 31 Cabinet de Soin/ Cabinet d'accouc ..... 32 Salle de Soin ..... 33 Autre privé médical (*précisez*) _____ 36 Autre (*précisez*) _____ 96	11⇨MN20 12⇨MN20 96⇨MN20
MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (*nom*) PAR CESARIENNE ?	Oui ..... 1 Non 2	
MN20. QUAND (*nom*) EST NE(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	
MN21. (*nom*) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN23 8⇨MN23
MN22. COMBIEN (*nom*) PESAIT-IL/ELLE ? *Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.*	Du carnet de santé .... 1 (kg) I__I . I__I__I__I De mémoire ..... 2 (kg) I__I . I__I__I__I NSP 9.998	
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (*nom*)?	Oui ..... 1 Non 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (*nom*)?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨ MN26

MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (*nom*) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? *Si moins d'1 heure, notez '00' heure.* *Si moins de 24 heures, notez en heures.* *Autrement, notez en jours*	Immédiatement ..... 000 Heures ..... 1 I____I____I Jours ..... 2 I____I____I Ne sait pas/ Ne se rappelle pas..... 998	
MN26. DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (*nom*) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨ MN28
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (NOM) ? *Insistez* : RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel)..... A Eau..... B Eau sucrée/eau glucosée ..... C Calmant pour coliques..... D Solution eau salée/sucrée ..... E Jus de fruit ..... F Préparation pour bébé..... G Thé / Infusions ..... H Miel ..... I Autre (*précisez*) _____ X	
MN28. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), EST-CE QU'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE OU UNE ACCOUCHEUSE VILLAGEOISE VOUS A EXAMINEE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
MN29. APRES COMBIEN DE JOURS OU DE SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER EXAMEN DE SANTE ? **ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR**	Nombre de Jour ..... **1** I____I____I Nombre de Semaines..... **2** I____I____I NSP..... 998	

SYMPTÔMES DE MALADIES — IS

IS1. *Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9*

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

☐ *Oui. ⇨ Continuez avec IS2.* ☐ *Non. ⇨ Allez à IS3.*

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 VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ? *Insistez :* AUCUN AUTRE SYMPTOME ? *Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou la personne en charge ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes.* *Encerclez tous les symptômes cités, 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 Convulsion..... H Autre (*précisez*) _____ X Autre (*précisez*) _____ Y Autre (*précisez*) _____ Z	
IS3. A QUELLES OCCASIONS, VOUS LAVEZ-VOUS LES MAINS ?	A la sortie de toilette..... A Avant la préparation des repas ..... B Avant de manger..... C Avant de donner à manger aux enfants de moins de 5 ans ..... D Après la toilette anale des enfants..... E Autres à préciser _____....F	

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

BESOINS NON SATISFAITS		**UN**
UN1. *Vérifier CP1. Actuellement enceinte?* ☐ *Oui, actuellement enceinte ⇨ Continuer avec UN2* ☐ *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?* ☐ *Oui. ⇨ Aller à UN13* ☐ *Non. ⇨ Continuer avec UN6*		
UN6. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant..... 1 Pas d' (autre) enfant..... 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte ..... 3 Indécise / Ne Sait Pas..... 8	 2⇨UN9 3⇨UN11 8⇨UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois..... 1 I___I___I Années..... 2 I___I___I Bientôt/Maintenant..... 93 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte ... 94 Après le mariage..... 95 Autre..... 96 NSP..... 98	 94⇨UN11
UN8. *Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?* ☐ *Oui, Actuellement enceinte⇨ Aller à UN13* ☐ *Non, pas sure ou NSP ⇨ Continuer avec UN9*		
UN9. *Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ?* ☐ *Oui. ⇨ Aller à UN13* ☐ *Non ⇨ Continuer avec UN10*		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYISIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	1 ⇨UN13 8 ⇨UN13
UN11.POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents ..... A Ménopause ..... B N'a jamais eu de règles ..... C Hystérectomie (utérus enlevé)..... D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès ..... E Est en aménorrhée postpartum ..... F Allaite ..... G Trop âgée..... H Fataliste ..... I Autre (*spécifier*) _____ X Ne sait pas..... Z	

UN12. *Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?* ☐ *Oui.* ⇨ *Aller au Module suivant* ☐ *Non* ⇨ *Continuer avec UN13*		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?	Jours ..... 1 I___I___I Semaines ..... 2 I___I___I Mois..... 3 I___I___I Années..... 4 I___I___I Ménopausée / A eu une hystérectomie ..... 94 Avant la dernière naissance ..... 95 N'a jamais eu de règles 96	

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION		FG
FG1. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨FG3
FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨Module suivant
FG3. VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨FG9
FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	1⇨FG6
FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
FG6. VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? *Si nécessaire, insistez* : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
FG7. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE ? *Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.*	Durant la petite enfance..... 00 Age à l'excision..... I___I___I NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre..... 98	
FG8. QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin ..... 11 Infirmière/sage-femme ..... 12 Autre professionnel de la santé (*précisez*) _____16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle..... 21 Accoucheuse traditionnelle..... 22 Autre traditionnel (*précisez*) _____26 NSP..... 98	
FG9. AVEZ-VOUS AU MOINS UNE FILLE VIVANTE ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨FG17
FG10. EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT ETE EXCISEES ? *Si Oui:* COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : ..... I___I___I Aucune fille excisée..... 00	00⇨FG17
FG11. LAQUELLE DE VOS FILLES A ETE EXCISEE LE PLUS RECEMMENT ? *Enregistrez le nom de la fille.*	Nom de la fille : _____	

FG12. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (*nom*) A CE MOMENT LA : A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	1⇨FG14
FG13. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
FG14. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? *Si nécessaire, insistez* : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP..... 8	
FG15. QUEL AGE AVAIT *(nom)* QUAND CELA S'EST PASSE ? *Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insistez pour obtenir une estimation.*	Âge de la fille à l'excision ..... I___I___I Dans la petite enfance..... 95 NSP..... 98	
FG16. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin ..... 11 Infirmière/sage-femme ..... 12 Autre professionnel de la santé (*précisez*) _____16 Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle ..... 21 Accoucheuse traditionnelle..... 22 Autre traditionnel (*précisez*) _____26 NSP..... 98	
FG17. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenue ..... 1 Disparaître ..... 2 Cela dépend ..... 3 NSP..... 8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE — DV

DV1. 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 DISCUTE SES OPINIONS ?	Discute ses opinions	1	2	8	
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8	
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture	1	2	8	
[F] SI ELLE DEVIENT INFIDELE ?	Infidélité	1	2	8	
[G] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES PARENTS ?	Non respect des parents	1	2	8	

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

COMPORTEMENT SEXUEL		SB
Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels ..... 00 Age en années..... I___I___I 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire 95	00⇨Module suivant
SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Ne se souvient pas..... 8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? *Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*	Il y a … jours..... 1 I___I___I Il y a … semaines ..... 2 I___I___I Il y a … mois ..... 3 I___I___I Il y a …ans..... 4 I___I___I	4⇨SB13
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? *Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez :* VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? *Si 'Oui', encerclez 02ou 03 ou 04 .Si 'Non', encerclez 05.*	Epoux ..... 01 Partenaire cohabitant..... 02 Ex-époux..... 03 Ex- partenaire cohabitant..... 04 Petit ami / fiancé ..... 05 Rencontre occasionnelle ..... 06 Travailleur (se) du sexe ..... 07 Autre (*précisez*)_____ 96	1⇨SB7 2⇨SB7
SB6. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? *Si NSP, insistez :* ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel..... I___I___I NSP..... 98	
SB7. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨SB13
SB8. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB9. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? *Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez :* VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? *Si 'Oui', encerclez 02ou 03 ou 04 .Si 'Non', encerclez 05.*	Epoux..... 01 Partenaire cohabitant..... 02 Ex-époux..... 03 Ex- partenaire cohabitant..... 04 Petit ami / fiancé ..... 05 Rencontre occasionnelle ..... 06 Travailleur (se) du sexe ..... 07 Autre (*précisez*)_____ 96	1⇨SB11 2⇨SB11
SB10. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? *Si NSP, insistez :* ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel..... I___I___I NSP..... 98	

SB11. MIS A PART CES DEUXPERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨SB13
SB12. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? *Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.*	Nombre de partenaires ..... I___I___I	
SB13. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? *En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation.* *Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'.*	Nombre de partenaires au cours de la vie ..... I___I___I NSP 98	
SB14. AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU UN ECOULEMENT VAGINAL ANORMAL (MAUVAISE ODEUR, COULEUR/VOLUME ANORMAL) OU ULCERATION GENITALE?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨SB17
SB15. LA DERNIERE FOIS QUE CELA VOUS EST ARRIVE, AVEZ-VOUS CHERCHE UN TRAITEMENT OU UNE AIDE QUELCONQUE?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨SB17
SB16.OU AVEZ-VOUS CHERCHE CE TRAITEMENT OU CETTE AIDE? (SI PLUSIEURS, LA PREMIERE SOLUTION)	Secteur public Hôpital ..... 01 Centre de santé de référence/ Maternité ..... 02 Agent de santé ..... 03 Secteur médical privé Clinique privé ..... 04 Médecin privé ..... 05 Cabinet privé ..... 06 Pharmacie ..... 07 CSCOM ..... 08 Agent santé communautaire ..... 09 Animateur, sage-femme, aide-soignant 10 Autre INPS/CMIE ..... 11 ONGs/Associations ..... 12 Boutique/marché ..... 13 Guérisseur traditionnel ..... 14 Ami/Parent/Communauté ..... 15 Automédication **(médicament moderne)** ..... 16 Vendeur ambulant ..... 17 Autre (*précisez*) _____ 96	
SB17. EST-CE QU'IL ARRIVE QUE DES HOMMES VOUS OFFRENT DES CADEAUX OU D'AUTRES FAVEURS POUR AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES AVEC VOUS ?	Oui ..... 1 Non 2	2⇨MODULE SUIVANT
SB18. EST-CE QUE CELA ARRIVE RAREMENT, DE TEMPS EN TEMPS OU FREQUEMMENT ?	Rarement ..... 1 De temps en temps ..... 2 Fréquemment 3	

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⇨ HA28
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 : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse ..... 1 2 8 Pendant l'accouchement ..... 1 2 8 En allaitant 1 2 8	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	

HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA13. *Vérifiez DB0A : Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?* ☐ *Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇨ Allez à HA24.* ☐ *Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇨ Continuez avec HA14.*		
HA14. *Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ?* ☐ *Oui, soins prénatals reçus. ⇨ Continuez avec HA15* ☐ *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 NSP 8	
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨HA19 8⇨HA19
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨HA22 8⇨HA22
HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS RECU DES CONSEILS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1⇨HA22 2⇨HA22 8⇨HA22
HA19. *Vérifiez MN1 7 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)?* ☐ *Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇨ Continuez avec HA20* ☐ *Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇨ Allez à HA24*		
HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non 2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨HA25
HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois ..... 1 Il y a 12-23 mois ..... 2 Il y a 2 ans ou plus 3	1⇨ HA28 2⇨ HA28 3⇨ HA28
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨HA27

HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois .....1 Il y a 12-23 mois .....2 Il y a 2 ans ou plus 3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui .....1 Non .....2 NSP 8	1⇨ HA28 2⇨ HA28 8⇨ HA28
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui .....1 Non 2	
HA28. OU PEUT-ON SE PROCURER UN CONDOM?	CCDV (Centre Communautaire de Développement Villageois)..... A CSCOM ..... B CSRef ..... C Hôpital ..... D Pharmacie ..... E Boutique .....F ONG ..... G Autres ..... X NSP .....Z	

TEST D'ANÉMIE POUR LA FEMME — AW

AW1. VÉRIFIER COLONNE **HL7** DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE LA FEMME À **AW2**. LE RÉSULTAT FINAL DU TEST D'ANÉMIE SERA ENREGISTRÉ À **AW9**.

AW2. NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE **HL7** : NOM À LA COLONNE **HL2** :	NUMÉRO DE LIGNE : I___I___I NOM :_____	
AW3. VERIFIER **HL6** : FEMME AGEE 18-49 ANS ?	OUI..... 1 NON..... 2	1⇨ AW6
AW4. ÉTAT MATRIMONIAL : VERIFIER CODE '3' ENCERCLE A **MA1** OU ENCERCLE A **MA5**:	CODE 3 (JAMAIS ÉTÉ EN UNION) ..... 1 AUTRE..... 2	 2⇨ AW6
AW5. NUMERO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE JAMAIS ETE EN UNION. ENREGISTRER '00'SI NON LISTE.	NUMÉRO DE LIGNE : I___I___I	

AW6. **DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR LA FEMME DE 15-49 ANS**

LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉE. ENCERCLER LE CODE '1' À **AW6** SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ET L'ADULTE/PARENT RESPONSABLE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ; ET CODE '2' SI L'ENQUÊTÉE REFUSE.

POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À **AW5** AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENTE ELLE-MÊME. ENCERCLER LE CODE '3' À **AW6** SI LE PARENT/ADULTE REFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET DE L'ADOLESCENTE ENQUÊTÉE ONT ÉTÉ OBTENUS (CODE '1').

DANS CETTE ENQUETE, NOUS DEMANDONS A DES GENS DANS TOUT LE PAYS DE PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE. L'ANEMIE EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX QUI RESULTE D'UNE ALIMENTATION PAUVRE, D'INFECTIONS OU DE MALADIE CHRONIQUE. LES RESULTATS DE CETTE ENQUETE PERMETTRONT D'AIDER LE GOUVERNEMENT A METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES POUR PREVENIR ET TRAITER L'ANEMIE.
POUR LE TEST D'ANEMIE, NOUS AVONS BESOIN DE QUELQUES GOUTTES DE SANG D'UN DOIGT. POUR CE TEST, ON UTILISE AUSSI UN EQUIPEMENT PROPRE ET ABSOLUMENT SANS RISQUE. IL N'A JAMAIS ETE UTILISE AUPARAVANT ET SERA JETE APRES CHAQUE TEST.
LE SANG SERA TESTE POUR L'ANEMIE IMMEDIATEMENT ET LES RESULTATS VOUS SERONT COMMUNIQUES TOUT DE SUITE. LES RESULTATS SONT CONFIDENTIELS ET NE SERONT TRANSMISES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DE L'ENQUETE.
AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ? VOUS POUVEZ DIRE OUI POUR LE TEST, OU NON. C'EST VOTRE DECISION.
AUTORISEZ-VOUS (NOM DE L'ADOLESCENTE) A PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE ?

LIRE LE CONSENTEMENT POUR L'**ANEMIE**. ENCERCLER LES CODES APPROPRIES ET SIGNER.	ENQUÊTÉE ET PARENT/ ADULTE RESPONSABLE ACCORDÉ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSÉ ..... 2 PARENT/ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ ..... 3 ..... (SIGNER)	

AW7. PRÉPARER LE MATÉRIEL ET EFFECTUER LE TEST POUR LA FEMME SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À **AW8**.

AW8. ENREGISTRER LE CODE RESULTAT DU TEST DE L'**ANEMIE**.	TESTÉ ..... 1 PAS PRÉSENTE ..... 2 REFUSÉ ..... 3 AUTRE..... 6	 2⇨ WM11 3⇨ WM11 6⇨ WM11
AW9. ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.	G/DL..... I___I___I , I___I	

WM11. *Enregistrez l'heure*.	Heure et minutes.. I____I____I : I____I____I	

WM12. *L'enquêtée est-elle la mère ou la personne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL8.*

☐ *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 :

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du chef d'équipe

Observations du superviseur