|  |
| --- |
| Institute for International Programs – Johns Hopkins University |
| RADAR Coverage Survey Questionnaire |
| Version 1 - Core questionnaires, August 2018 |

 Contents

[LISTE DES MEMBRES DU MENAGE (HL) 4](#_Toc22449537)

[MODULE DES BIENS DU MENAGE (HA) 7](#_Toc22449538)

[MODULE EAU ET ASSAINISSEMENT (WS) 10](#_Toc22449539)

[LUTTE ANTI-VECTORIELLE (VC) 11](#_Toc22449540)

[OBSERVATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE MENAGE (OH) 14](#_Toc22449541)

[QUESTIONNAIRE FEMME 15](#_Toc22449542)

[TABLEAU D’INFORMATION DE LA FEMME (WM) 15](#_Toc22449543)

[WOMAN’S INFORMATION MODULE (WI) 16](#_Toc22449544)

[MODULE D’INFORMATION SUR LA FEMME (WI) 16](#_Toc22449545)

[MODULE FÉCONDITÉ (FE) 18](#_Toc22449546)

[ANTENATAL AND CHILDBIRTH MODULE (CB) 19](#_Toc22449547)

[POSTNATAL CARE MODULE (PN) 26](#_Toc22449548)

[MODULE PLANIFICATION FAMILIALe (FP) 33](#_Toc22449549)

[VIH/SIDA (HI) 38](#_Toc22449550)

[ACTIVITE ET POUVOIR DE DECISION (DM) 39](#_Toc22449551)

[OBSERVATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE FEMME (OW) 43](#_Toc22449552)

[QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS 44](#_Toc22449553)

[Tableau d’INFORMATION de l’enfant (UF) 44](#_Toc22449554)

[INFORMATION sur l’enfant (CI) 45](#_Toc22449555)

[Module allaitement et nutrition (BN) 45](#_Toc22449556)

[Module vaccination de l’enfant (IM) 48](#_Toc22449557)

[Module VITAMINE A (VA) 51](#_Toc22449558)

[Module toux et fievre (CO) 51](#_Toc22449559)

[DIARRHEA MODULE (DI) 54](#_Toc22449560)

[Module (optionnel) enregistrement des naissances (BR) 54](#_Toc22449561)

[Module (optionnelle) anthropométrie (AM) 55](#_Toc22449562)

[OBSERVATIONS sur le QUESTIONNAIRE enfant (OC) 56](#_Toc22449563)

[QUESTIONNAIRE HOMME 57](#_Toc22449564)

[TABLEAU D’INFORMATION HOMME (MN) 57](#_Toc22449565)

[MODULE INFORMATION HOMME (MI) 58](#_Toc22449566)

[MODULE PLANIFICATION FAMILIALE (MFP) 59](#_Toc22449567)

[IST/SIDA (HI) 64](#_Toc22449568)

[ACTIVITE ET POUVOIR DE DECISION (MDM) 65](#_Toc22449569)

[OPINIONS ET ATTITUDES de l’homme (MA) 67](#_Toc22449570)

[OBSERVATIONS sur le QUESTIONNAIRE homme (OM) 69](#_Toc22449571)

**QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

TABLEAU D’INFORMATION DU MENAGE (HH)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HH1. | Nom et numéro de la zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | HH2. | Nom et numéro de la sous-zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| HH2a. | Nom et numéro du village:……………………………………….….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| HH3. | Nom et numéro de la grappe:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | HH4. | Numéro du ménage: \_\_\_\_ \_\_\_\_  |
| HH6. | Nom et numéro de l'enquêteur:Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ | HH7. | Nom et numéro du superviseur:Nom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| HH8. | Jour / Mois / Année de l'enquête: | \_\_\_\_ \_\_\_\_ /\_\_\_\_ \_\_\_\_ / 2 0 \_\_\_\_ \_\_\_ |
| HH9. | Résultat de l'enquête de ménage: | Completé 01Pas de membre du ménage à la maison ou pas d’enquêté compétent à la maison au moment de la visite. 02Ménage entier absent pour une longue période 03Refusé 04Logement vide ou pas de logement à l’adresse 05Logement détruit 06Logement non trouvé 07Autre (préciser) 96 |
| HH10. | QUELLE EST LA RELIGION DU CHEF DE CE MÉNAGE? | Catholique 1Protestant / autres chrétiens 2Musulman 3Traditionnel 4Autre religion (préciser) 6Aucune religion / Païen 7 |
| HH11. | QUELLE EST LA LANGUE MATERNELLE / LANGUE AUTOCHTONE DU CHEF DE CETTE MÉNAGE? | Langue 1 1Langue 2 2Langue 3 3Langue 4 4Langue 5 5Autre langue (préciser) 6 |
| HH12. | QUEL EST LE GROUPE ETHNIQUE DU CHEF DE CE MENAGE ? | Groupe ethnique 1 1Groupe ethnique 2 2Groupe ethnique 3 3Autre groupe ethnique (préciser) 6 |

|  |
| --- |
| LISTE DES MEMBRES DU MENAGE (HL)D'ABORD, VEUILLEZ ME DIRE LE NOM DE CHAQUE PERSONNE QUI VIT GÉNÉRALEMENT ICI, EN COMMENCANT PAR LE CHEF DU MENAGE.Indiquez le chef de ménage à la ligne 01. Indiquez tous les membres du ménage (HL2), leur relation avec le chef de ménage (HL3) et leur sexe (HL4).Puis demandez : Y A-T-IL D’AUTRES PERSONNES QUI VIVENT ICI, MÊME SI CELLES-CI NE SONT PAS À LA MAISON MAINTENANT?Si oui, complétez la liste des questions HL2-HL4. Ensuite, posez les questions commençant par HL5 pour chaque personne à la fois.**Utilisez un questionnaire supplémentaire si toutes les lignes de la liste des membres du ménage ont été utilisées.** |
|  |  | Pour femmes âgées de 15-49 ans | Pour homme âgés de 15-49 ans | Pour les enfants âgés 0-4 ans |  |  |  |
| **HL1**.N°*Ligne* | **HL2**.nom | **HL3**.QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ DE (Nom) AVEC LE CHEF DE MÉNAGE?(VOIR CI-DESSOUS LES OPTIONS) | **HL4**. (nom) EST-IL DE SEXE MASCULI N OU FÉMININ?1 Masculin2 Feminin | **HL5**.QUEL EST LA DATE DE NAISSANCE DE (NOM)?98 NSP9998 NSP | **HL6**.Quel âge a (NOM) ? *Enregistrer en années révolues.Si 95ou plus, notez '95'.*  | **HL6A**. *(Nom*) vit-il/ elle ici habituell ement ?  | **HL6B.** (Nom) a t-il/ elle passé la nuit dernière ici ?  | **HL7A**.*Encerclez le no de ligne si la femme âgée de 15-49 ans*  | **HL7B**.*Encerclez le no de ligne si l’homme âgé de 15-49 ans*  | **HL7C**.*Encerclez le no de ligne si l’enfant âgé de 0-4 ans*  | **HL8**.LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (*nom*) EST-ELLE EN VIE ?1 Oui2 Non8 NSP  | **HL9**.LA MÈRE BIOLOGIQUE DE (NOM) VIT-ELLE HABITUELLEMENT DANS CE MÉNAGE OU A-T-ELLE PASSE LA NUIT DERNIÈRE ICI ? Si “oui”,enregistezle no de ligne de la mère. SI NON, ENREGISTREZ '00'.  | **HL10**.**Notez le numéro de ligne de la mère à partir de HL9 si indiqué.****Si HL9 est vide ou «00», posez les questions suivantes:****Qui est le principal gardien de (nom) ? et enregistrez le numéro de ligne** |
| Ligne | Nom | PARENTE\* | M | F | Mois | Année | Âge |  O N | O N | 15-49 | 15-49 | 0-4 |  O N NSP | Mère | Mère/gardien |
| 01 |  | **0 1** | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 01 | 01 | 01 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 02 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 02 | 02 | 02 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 03 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 03 | 03 | 03 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 04 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 04 | 04 | 04 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 05 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 05 | 05 | 05 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 06 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 06 | 06 | 06 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 07 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 07 | 07 | 07 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 08 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 08 | 08 | 08 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 09 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 11 | 11 | 11 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 10 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 12 | 12 | 12 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 11 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 11 | 11 | 11 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 12 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 12 | 12 | 12 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 13 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 13 | 13 | 13 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 14 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 14 | 14 | 14 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| 15 |  | \_\_\_ \_\_\_ | 1 | 2 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ | 1 2 | 1 2 | 15 | 15 | 15 | 1 2 8 | \_\_\_ \_\_\_ | \_\_\_ \_\_\_ |
| *Cochez ici si un questionnaire supplémentaire est utilisé* | □ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| *Insistez pour les autres membres du ménage.**Insistez spécialement pour les nourrissons et les enfants en bas âge ne figurant pas sur la liste, ainsi que ceux qui ne font pas partie de la famille (tels que les employé(s) de maison, les amis) mais qui vivent généralement dans le ménage.**Insérez les noms des membres supplémentaires dans la liste des ménages et remplissez le formulaire en conséquence.* |
| *Maintenant, pour chaque femme de 15 à 49 ans, écrivez son nom, son numéro de ligne et d’autres informations d’identification dans le panneau d’information d’un questionnaire individuel séparé pour les femmes.**Pour chaque homme âgé de 15 à 49 ans, écrivez son nom, son numéro de ligne et d’autres informations d’identification dans le panneau d’information d’un questionnaire individuel séparé pour les hommes.**Pour chaque enfant de moins de 5 ans, écrivez son nom et son numéro de ligne ainsi que le numéro de ligne de sa mère ou de son responsable dans le panneau d'informations d'un questionnaire séparé pour les moins de 5 ans.*Vous devriez maintenant avoir un questionnaire séparé pour chaque femme, pour chaque homme et pour chaque enfant éligible du ménage. |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| \* *Codes pour* ***HL3****: Lien de parenté avec le chef de ménage:* | 01 Chef de Ménage02 Epouse ou époux / Partenaire03 Fils / Fille | 04 Gendre/ Belle-Fille05 Petit Fils/fille06 Parent | 07 Beau Parent08 Frère / Soeur09 Beau-Frère /Belle-Soeur | 10 Oncle / Tante11 Nièce / Neveu12 Autre membre de la famille | 13 Adopté / Confié/ Enfant du conjoint/conjointe14 Employé(e) de maison (vivant dans) | 96 Other (Not related)98 DK96 Autre (Sans Parenté)98 NSP |

## **MODULE DES BIENS DU MENAGE (HA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| HA1. | Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner? | Electricité 01Gaz en bouteille 02Biogaz 04Paraffine/Pétrole 05Charbon de bois 06Charbon, lignite 07Bois 08Résidus agricoles, paille/branchages/ herbes 09Bouse d’animaux 11Pas de repas préparé dans le ménage 95Autre (préciser) 96 |  |
| HA2. | Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ? | Nombre de Pièces \_\_\_ \_\_\_ |  |
| HA3. | Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ? | Oui 1 Non 2 | 🡪HA5 |
| HA4. | Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ?LISEZ CHAQUE ÉLÉMENT. SI AUCUN, NOTEZ '00'.SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. Vaches laitières ou taureaux? Autre bétail? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres? Moutons?Cochons?Poulets ou autres volaille ? | Vaches laitières / taureaux? \_\_\_ \_\_\_Autre bétail \_\_\_ \_\_\_Chevaux, ânes ou mules ? \_\_\_ \_\_\_Chèvres \_\_\_ \_\_\_Moutons \_\_\_ \_\_\_Cochons \_\_\_ \_\_\_Poulets ou autres volaille? \_\_\_ \_\_\_ |  |
| HA5. | Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?  | Oui 1 Non 2 | 🡪HA7 |
| HA6. | Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? **SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '95.0'.**  | Hectares **\_\_ \_\_. \_\_**95 Hectares ou plus 95.0Ne sait pas 99.8  |  |
| HA7. | Dans ce ménage, avez-vous : L'électricité́ connectée au réseau? Un poste radio en état de fonctionnement ? Une télévision en état de fonctionnement? Un téléphone fixe en état de fonctionnement?Un réfrigérateur/ congélateur en état de fonctionnement ?Un ordinateur en état de fonctionnement ?Energie solaire, batterie, ou groupe électrogène ?  | Oui NonÉlectricité 1 2 Radio 1 2Télévision 1 2Ligne fixe 1 2Réfrigérateur/Congélateur 1 2Ordinateur 1 2Batterie 1 2 |  |
| HA8. | Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ?Une bicyclette ? Un téléphone portable ?Une motocyclette ou tricycle ou un scooter ? Une voiture ou une camionnette ? Une charrette tirée par un animal ?Un bateau à moteur ?  | Oui NonMontre 1 2Bicyclette 1 2Téléphone portable 1 2 Motocyclette/tricycle/scooter 1 2Voiture/camionnette 1 2Charette 1 2Bateau à moteur 1 2 |  |
| HA9. | Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
| HA10. | Un membre de ce ménage a-t-il un compte bancaire mobile ([insérer des exemples locaux ou des marques])? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
| HA11. |  OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT. ENREGISTREZ L'OBSERVATION.  | Toîture en matériau naturelPas de toît 11Chaume/feuilles de palmes/feuilles 12Herbes 13Toîture en matériau rudimentaireNattes 21Palmier/bambou 22Planches en bois 23Carton 24Toîture en matériau finiMétal/tôle 31Bois 32Calamine/fibre de ciment 33Tuiles en céramique 34Ciment 35 Toît de bardeaux (shingles) 36Autre (*préciser*) 96 |  |
| HA12. | OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÈRIEURS DU LOGEMENT. ENREGISTREZ L'OBSERVATION.  | Murs en matériau naturelPas de mur 11Roseau/palme/tronc 12Boue/terre 13Murs en matériau rudimentaireBambou avec boue 21Pierre avec boue 22Adobe non couvert 23Contre-plaué 24Carton 25Bois de récupération 26Murs en matériau finiCiment 31Pierre avec chaux/cement 32Briques cuites 37Blocs de ciment 34Adobe recouvert 35Planches en bois/bardeaux 36Autres (*préciser*) 96 |  |

## MODULE EAU ET ASSAINISSEMENT (WS)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WS1. | D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?  | Eau du robinetRobinet dans le logement 11Robinet dans la cour ou parcelle 12Robinet Public/Borne Fontaine 13Puits à pompe/Forage 21Puit creuséPuit protégé 31Puit non protégé 32Eau de source Source protégée 41Source non protégée 42Eau de pluie 51Camion-citerne 61Charrette avec petite citerne/tonneau 71Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, canal d’irrigation) 81Eau en bouteille 91Autre (préciser) 96 | WS3 |
| WS2. | D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage à d'autres fins comme pour faire la cuisine et se laver les mains ?  | Eau du robinetRobinet dans le logement 11Robinet dans la cour ou parcelle 12Robinet Public/Borne Fontaine 13Puits à pompe/Forage 21Puit creuséPuit protégé 31Puit non protégé 32Eau de source Source protégée 41Source non protégée 42Eau de pluie 51Camion-citerne 61Charrette avec petite citerne/tonneau 71Eau de surface (rivière, ruisseau, barrage, lac, mare, canal, canal d’irrigation) 81Eau en bouteille 91Autre (préciser) 96 |  |
| WS3. | Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ? **Si c’est “chasse d’eau” ou “Chasse d’eau manuelle”, demander:**Où est elle connectée?**S'il n'est pas possible de déterminer le type de toilettes, demandez la permission de voir l'installation.**  | Chasse d’eau / Chasse d’eau Manuelle Chasse d’eau connectée à un système d’égout 11à une fosse septique 12à une fosse d’aisance 13à quelque chose d’autre 14à un lieu inconnu / pas sûr / ne sait pas où 15Fosse d’aisancesFosse d’aisances améliorée ventilée 21Fosse d’aisances avec dalle 22Fosse d’aisances sans dalle /trou ouvert 23Toilettes à compostage 31Seau/Tinette 41Toilettes/latrines suspendues 51Pas de toilettes ou nature or champs 61Autre (préciser) 96 | 🡪VC1 |
| WS4. | Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?  | Oui 1Non 2 |  |

## **LUTTE ANTI-VECTORIELLE (VC)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| VC1. | Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est-il venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪VC3🡪VC3 |
| VC2. | Qui a pulvérisé le ménage? | Employé/programme du gouvernement 1Société privée 2Organisation non gouvernementale (ONG) 3Autre (préciser) 4Ne sait pas 8 |  |
| VC3. | Votre ménage a-t-il des moustiquaires pouvant être utilisées quand vous dormez? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪Module suivant🡪Module suivant |
| VC4. | Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il?**Demandez** «Pouvez-vous me montrer les moustiquaires, s'il vous plaît? | Nombre de moustiquaires : \_\_\_\_\_ |  |

|  |
| --- |
| **Posez les questions suivantes pour chaque moustiquaire. Si plus de 3 moustiquaires sont utilisées, utilisez des questionnaires supplémentaires.****Cochez ici si d'autres questionnaires ont été utilisés: 🞎** |
|  |  | **Net 1****Moustiquaire 1** | **Net 2****Moustiquaire 2** | **Net 3****Moustiquaire 3** |
| VC5. |  | Observée 1Non observée 2 | Observée 1Non observée 2 | Observée 1Non observée 2 |
| VC6. | Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? Si moins d'un mois, notez '00'.  | \_\_ \_Months agoMore than 36 months ago 95Don’t know 98Il ya \_\_ \_\_ moisPlus de 36 mois 95Pas sûr 98 |  \_\_ Months agoMore than 36 months ago 95Don’t know 98Il ya \_\_ \_\_ moisPlus de 36 mois 95Pas sûr 98 | \_\_ \_\_ Months agoMore than 36 months ago 95Don’t know 98Il ya \_\_ \_\_ moisPlus de 36 mois 95Pas sûr 98 |
| VC7. | Quelle est la marque de la moustiquaire?**Observez ou demandez la marque/type de la moustiquaire. Si la marque n'est pas connue et si vous ne pouvez pas voir la moustiquaire, montrez à l'enquêté des photos de marques et de types courants de moustiquaire.**  | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) VC9PERMANET 11OLISET 12DURANET 13NETPROTECT 14INTERCEPTEUR 15Autre (*préciser*) 16Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide VC9PERMETHRINE 21DELTA METHRINE 22CYFULTRINE 23Autre (*préciser*) 26Non prétraité (*préciser la marque*) 31Moustiquaire cousue localement 32 Ne sait pas/Pas sûre 98 | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) VC9PERMANET 11OLISET 12DURANET 13NETPROTECT 14INTERCEPTEUR 15Autre (préciser) 16Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide VC9PERMETHRINE 21DELTA METHRINE 22CYFULTRINE 23Autre (préciser) 26Non prétraité (*préciser la marque*) 31Moustiquaire cousue localement 32 Ne sait pas/Pas sûre 98 | Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action (MIILDA) VC9PERMANET 11OLISET 12DURANET 13NETPROTECT 14INTERCEPTEUR 15Autre (préciser) 16Moustiquaire Imprégnée d'Insecticide VC9PERMETHRINE 21DELTA METHRINE 22CYFULTRINE 23Autre (préciser) 26Non prétraité (*préciser la marque*) 31Moustiquaire cousue localement 32 Ne sait pas/Pas sûre 98 |
| VC8. | Quand vous avez eu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou repousser les moustiques? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |
| VC9. | Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?  | Oui 1 Non 2**🡪Module Suivant**Ne sait pas 8**🡪 Module Suivant** | Oui 1 Non 2**🡪Module Suivant**Ne sait pas 8**🡪 Module Suivant** | Oui 1 Non 2**🡪Module Suivant**Ne sait pas 8**🡪 Module Suivant** |
| VC10. | Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ? **Inscrivez le nom de la personne et son numéro de ligne du tableau ménage.**  | Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_ | Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_ | Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_Nom no. de ligne: \_\_\_ \_\_\_ |

## **OBSERVATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE MENAGE (OH)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OH1 | LANGUE DE L’ENQUÊTE | Langue 1 1Langue 2 2Langue 3 3Langue 4 4Langue 5 5Autre langue (préciser) 6 |
| OH2 | UN TRADUCTEUR A-T-IL ÉTÉ UTILISÉ POUR TOUTE PARTIE QUELCONQUE DE CE QUESTIONNAIRE? | Oui, questionnaire complet … 1Oui, une partie du questionnaire … 2Non, pas utilisé … 3 |
| OH3 | POUR ENQUETEUR : Enregistrez tous les commentaires ou observations concernant cet enquête: |
| OH4 | POUR LE SUPERVISEUR / L'EDITEUR: Notez tous les commentaires ou observations pour cet enquête: |

**REMERCIER L’ENQUETE(E)**

**FIN DU QUESTIONNAIRE MENAGE**

# **QUESTIONNAIRE FEMME**

## TABLEAU D’INFORMATION DE LA FEMME (WM)

|  |
| --- |
| **Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (se référer à HL7A)****Remplisser un questionnaire pour chaque femme éligible** |
| WM1. Nom et numéro de la zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  | WM2. Nom et numéro de la sous-zone administrative: ………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| WM2a. Village name and number: Nom et numéro du. village: ………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| WM3. Nom et numéro de la grappe: ………………………………….. \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  | WM4. Numéro de ménage:  \_\_\_ \_\_\_  |
| WM5. Nom de la femme:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | WM6. Numéro de ligne de la femme:\_\_\_ \_\_\_ |
| WM7. Vérifier HL6 et noter âge de la femme: \_\_\_ \_\_\_ |
| WM8. La femme est-elle mariée ?Oui 1Non 2 |
|  **Si la femme est âgée de 15 à 17 ans et qu'elle n'est pas mariée, lisez le script de permission à la mère ou au père ou du tuteur de la femme ainsi que le script de l'assentiment à la femme. Vous devez obtenir la permission du parent/tuteur et l'assentiment de la femme avant de procéder****Si la femme est mariée, ou est célibataire et âgée de plus de 17 ans, lisez-lui le script de consentement de la femme.****Vous DEVEZ obtenir le consentement de la femme avant de procéder**OUI, PERMISSION DONNÉE 🡪 Module d'information sur les femmesNON, PERMISSION NON DONNÉE 🡪 Code résultat  |
| **Visite 1** | **Visite 2** | **Visite 3** | **Visite Finale** |
| **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice: \_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_  | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:**\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ |
| **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Time:****Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Time:****Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | Nombre total de visites: \_\_\_\_ |
| WM9. Result codes:WM9. Codes résultat :1 = Completé 2 = Pas à la maison 3 = Pas compétente |  4 = Différé  5 = Refusé 6 = Pas à la maison pour une période prolongée 7 =Partiellement completé 8 = Autre (préciser): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| WM10. Temps au début de l’interview | \_\_ \_\_ hr \_\_ \_\_ min |
| WM11. Temps à la fin de l’interview | \_\_ \_\_ hr \_\_ \_\_ min |

## WOMAN’S INFORMATION MODULE (WI)

## MODULE D’INFORMATION SUR LA FEMME (WI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| WI1. | En quel mois et en quelle année êtes-vous née? | Mois \_\_ \_\_Ne connaît pas le mois 98Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_Ne connaît pas l’année 9998 |  |
| WI2. | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? **comparez et corrigez WI1 et WI2 si incohérent .**  | Années révolues \_\_\_\_ \_\_\_\_ |  |
| WI3. | Êtes-vous actuellement ou avez-vous déjà fréquenté une école? | Oui, je fréquente actuellement 1Oui, déjà fréquenté 2Non, jamais fréquenté 3 | 🡪WI5a |
| WI4. | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint? | Primaire 1Secondaire (1ercycle/inférieur) 2Secondaire (2èmecycle/Supérieur) 3Supérieur/Université 4 |  |
| WI5. | Combien d’années avez- vous achevé avec succès à ce niveau ?  | Année(s) \_\_ \_\_Moins d’une année 00Ne connaît pas 98 |  |
| WI5a. | **Pour l’enquêteur : Vérifiez WI2 et WI3****La femme a entre 15 et 24 ans et ne fréquente pas actuellement l’école 🡪 Continuez à WI5b****La femme a > = 25 ans ou fréquente actuellement l'école 🡪 Passez à WI5c** |
| WI5b. | Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne fréquentez pas actuellement ou n'avez jamais fréquenté l’école ? | Diplômé / assez scolarisé 1Je me suis marié 2S'occuper des enfants 3Famille avait besoin d'aide pour la ferme, le bétail ou des affaires 4Impossible de payer les frais de scolarité 5Avait besoin de gagner de l'argent 6N'aimait pas l'école / ne voulait pas continuer 7N'a pas réussi les examens 8Ecole non accessible / trop loin 9Parents n’accordent pas d’intérêt à l'éducation des filles 10Est tombée enceinte 11Autre (préciser) 96Ne sait pas 98 |  |
| **WI5c. pour l’enquêteur : Vérifier WI4:****A fréquenté l’école secondaire ou supérieure🡪Module suivant****N’a jamais fréquenté une école ou une école primaire seulement🡪WI6** |
| WI6. | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. Lire autant que vous le pouvez.**Montrez la carte à l'enquêtée.** **Si l'enquêtée ne peut lire toute la phrase, insister :** Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?  | Ne peut rien lire 1Peut lire une partie de la phrase 2Capable de lire la phrase entière 3Pas de phrase dans la langue concernée 4*(Préciser la langue)*Aveugle /problème de vue 5 |  |
| WI7. | Quelle est votre religion? | Catholique 1Protestant / Autres Chrétiens 2Musulman 3Traditionnelle 4Autre religion (préciser) 6Pas de religion/Païen 7 |  |
| WI8. | Quelle est votre groupe éthnique ? | Groupe éthnique 1 1Groupe éthnique 2 2Groupe éthnique 3 3Autre groupe ethnique (préciser) 6 |  |

## MODULE FÉCONDITÉ (FE)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FE1. | Avez-vous déjà donné naissance ?**Si ‘Non’ insister :** Je veux dire un enfant qui a déjà respiré, pleuré, ou montré d'autres signes de vie - même si il/elle a vécu seulement quelques minutes ou heures ?*Ce module ne devrait inclure que les enfants nés vivants. Les mort-nés ne doivent pas être inclus comme réponse à aucune question.* | Oui 1Non 2 | 🡪FP1 |
| FE2. | Quel était le mois et l'année de votre première naissance ? Je veux dire la première fois que vous avez accouché, même si l'enfant n'est plus en vie, ne vit plus avec vous, ou dont le père n'est pas votre partenaire actuel.**Si l'enquêtée ne connaît pas la date exacte, insister pour estimer le mois et l’année.** | Date de première naissance vivanteMois \_\_ \_\_Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| FE3. | Quel a été le mois et l'année de votre dernière naissance ? Je veux dire la dernière fois que vous avez accouché, même si l'enfant n'est plus en vie, ne vit plus avec vous, ou dont le père n'est pas votre partenaire actuel.**Si l'enquêtée ne connaît pas la date exacte, insister pour estimer le mois et l’année.** | Date de dernière naissance vivanteMois \_\_ \_\_Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |  |
| FE4. | Quelle est le nom de l’enfant ?**Ecrivez le NOM. Si l’enfant est mort avant d’être nommé, écrivez “BEBE”.** |  |  |
| FE5. | Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille? | Garçon 1Fille 2 |  |
| **Ces questions doivent être administrées à toutes les femmes ayant eu un accouchement vivant au cours des deux années précédant la date de l'entrevue. Pour les femmes ayant eu plus d'une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête, les questions ne se réfèrent qu'à la naissance vivante la plus récente.****Pour l’enquêteur : Vérifiez FE3. La récente naissance vivante est-elle après [JJ/MM/AAAA-2 DE L’INTERVIEW]?****Oui…………………….1🡪 Continuer à CB1. Toutes les questions concernent (NOM) de FE4. Utilisez le nom de l’enfant dans les questions suivantes où indiqué. Si l’enfant est décédé avant d’être nommé, utiliser “BEBE” au lieu de (NOM).****Non ……………………2🡪FP1** |

## **A**NTENATAL AND CHILDBIRTH MODULE (CB)

|  |
| --- |
| Maintenant, je veux vous demander votre expérience quand vous étiez enceinte de (NOM) |
| CB1. | Quand vous etiez enceinte de (NOM), aviez-vous vu quelqu’un pour des soins prénatals? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪CB1b** |
| CB1a | Diriez-vous que le choix de ne pas aller aux soins prénatals a été principalement votre décision, principalement la décision de votre (mari / partenaire), ou aviez-vous décidé tous les deux ensemble? | Enquêtée 1Mari/partenaire 2Enquêtée et mari/partenaire ensemble 3Famille/ parent 4Enquêtée et famille/parent ensemble 5Quelqu'un d'autre 6Enquêtée et quelqu'un d'autre ensemble 7 | **🡪CB4****🡪CB4****🡪CB4****🡪CB4****🡪CB4****🡪CB4****🡪CB4** |
| CB1b. | Qui avez-vous vu ?**Demander :** “Quelqu’un d’autre?”**Enregistrer toutes les réponses. Insister pour déterminer le type de personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) XNe sait pas Z |  |
| CB2. | Où avez-vous reçu vos soins prénatals pour cette grossesse ?**Demandez :** Pas d’autre endroit ?**Inscrivez toutes les réponses. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison AAutre maison B**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National CHôpital régional DHôpital du district ECentre de Santé FDispensaire GClinique Mobile HPoste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire IAutre secteur public (préciser) X**PRIVATE MEDICAL SECTOR**Hôpital JCentre de Santé KDispensaIre LClinique MClinique Mobile NPoste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire OAutre secteur médical privé *(préciser)* YAutre (préciser) Z |  |
| CB2a. | Votre mari / partenaire vous a-t-il accompagné lors d’une des visites de soins prénatals au cours de cette grossesse? | Oui ………………………………………………………………1Non ……………………………………………………………...2Enquêtée n’a pas de mari/partenaire 3 | **🡪CB2ba****🡪CB2c** |
| CB2ab | Votre mari/partenaire a-t-il été autorisé dans la chambre ou l'espace lors de visites de soins prénatals pendant cette grossesse ? | Oui ………………………………………………………………1Non ……………………………………………………………...2Enquêtée n’a pas de mari/partenaire 3 | **🡪CB2ba****🡪CB2ba** |
| CB2b. | Votre mari/partenaire était-il présent dans la pièce ou autre espace lors de votre consultation en soins prénatals ? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪CB2c** |
| CB2ba | Auriez-vous souhaité que votre mari / partenaire soit présent dans la pièce ou dans autre espace lors de votre consultation de soins prénatals? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
| CB2c | Diriez-vous que les soins prénatals ont été principalement votre décision, principalement celle de votre (mari / partenaire), ou avez-vous décidé ensemble? | Enquêtée 1Mari/partenaire 2Enquêtée et mari/partenaire ensemble 3Famille/ parent 4Enquêtée et famille/parent ensemble 5Quelqu'un d'autre 6Enquêtée et quelqu'un d'autre ensemble 7 |  |
| CB3. | Combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals, durant cette grossesse de (NOM)?  | Nombre de fois: \_\_ \_\_Ne sait pas 98 |  |
| CB3a. | Au cours des soins prénatals durant cette grossesse, est-ce que les examens suivants ont été effectués au moins une fois : a) Vous a-t-on pris la tension?b) Vous a-t-on prélevé de l'urine? c) Vous a-t-on prélevé du sang ?  |  Oui NonTension…………………………… ………….1 2Echantillon d’urine……………………………1 2Echantillon de sang…………………………..1 2 |  |
| CB4. | Durant cette grossesse de (NOM), avez-vous pris un médicament pour **éviter** de contracter le paludisme? | Oui…………………………………………………………………………….……………….1Non…………………………………………………………………………………………….2Ne sait pas…………………………………………………………………………………8 | **🡪CB7****🡪CB7** |
| CB5. | Quels médicaments avez-vous pris pour **prévenir** le paludisme ?**Enregistrez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez des antipaludéens typiques à l’enquêtée.** | SP / Fansidar AChloroquine BAmodiaquine/flavoquine CQuinine DArtesunate-amodiaquine EArtemeter-lumefantrine FMédicine traditionnelle………………………………………….GAutre (*préciser*)………………………………………………...XNe sait pas……………………………………………………… |  |
| **Pour l'enquêteur: Vérifiez CB5 pour les médicaments pris. SP/ Fansidar (A) a-t-il été pris ?** **Oui *🡪* CB6** **Non *🡪* CB7** |
| CB6. | Durant cette grossesse de (NOM), combien **de fois** avez-vous pris de la SP/Fansidar au total ?  | Nombre de fois………………………………..\_\_ \_\_Ne sait pas …………………………………………………..98 |  |
| CB6a. | Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  | Visite prénatale…………………………………………………AAutre visite………………………………………………………BAutre source (*préciser*)………………………………………..C |  |
| CB7. | Durant cette grossesse de (NOM), vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance? | Oui……………………………………………………………...1Non……………………………………………………………..2Ne sait pas…………………………………………………….8 | 🡪CB9🡪CB9 |
| CB8. | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu une injection contre le tétanos ?  | Nombres de fois: \_\_ \_\_Ne sait pas…………………………………………………….98**Deux doses ou plus 🡪 CB13****Moins de deux doses ou ne sait pas 🡪 CB9** |  |
| CB9. | À n'importe quel moment avant cette grossesse, avez-vous reçu des injections quelconques contre le tétanos ?  | Oui……………………………………………………………...1Non……………………………………………………………..2Ne sait pas…………………………………………………….8 | 🡪CB13🡪CB13 |
| CB10. | Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des injections contre le tétanos ? **Si 7 fois ou plus inscrivez '7'.**  | Nombre de fois………………………………..\_\_ \_\_Ne sait pas …………………………………………………..8 |  |
| CB11. | Dans quel mois et année avez-vous reçu la dernière injection de tétanos avant cette grossesse ?**Si l'année est inconnue, demandez CB12. Si l'année est donnée, allez à CB13.** | Mois: \_\_ \_\_Ne connaît pas le mois………………………………………98Année:\_\_ \_\_ \_\_ \_\_Ne connaît pas l’année…………………………9998 | 🡪CB13DK year 🡪CB12 |
| CB12. | Cela fait combien d’années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette dernière grossesse? | Il y a année………………………………………………..\_\_ \_\_Ne sait pas……………………………………………………98 |  |
| CB13. | Durant cette grossesse de (NOM), vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer**?** **Montrez les comprimés/sirop** **à l’enquêté** | Oui……………………………………………………………...1Non……………………………………………………………..2Ne sait pas…………………………………………………….8 | 🡪CB15🡪CB15 |
| CB14. | Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop contenant du fer ? **Si la réponse n'est pas numérique, insistez pour obtenir un nombre de jours** | Jours:\_\_ \_\_ \_\_ \_\_Ne sait pas………………………………………..998 |  |
| Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où vous avez donné naissance à (NOM) |
| CB15. | Où avez-vous accouché (NOM)?**Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous :**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison 11Autre maison 12**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Post d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciseez) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Post d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |
| CB16. | Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?**Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Inscrivez toutes les réponses****Insister pour déterminer le type de personne. Si l’enquêtée déclare que personne n'a assisté l'accouchement, insister pour déterminer si un adulte était présent.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle HAgent de Santé Communautaire/Village IParent/ami JAutre (préciser) X |  |
| **Pour l'enquêteur : Vérifiez CB15. L’accouchement a-t-il eu lieu sur le chemin vers ou dans un établissement de santé (CB15 est 13, 21-36)?****OUI, dans un établissement de santé (CB15 est 21-36)🡪 Continuez à CB17****OUI, sur le chemin (CB15 est 13) 🡪 Continuez à CB17a****NON - > Passez à CB17d** |
| CB17. | Avez-vous accouché (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?  | Oui ………………………………………………………………1Non ………………………………………………………..…….2 |  |
| CB17a. | Votre mari/partenaire était-il avec vous lorsque vous avez accouché (NOM)? | Oui……………………………………………………………….1Non………………………………………………………………2Enquêtée n’avait pas de mari/partenaire…………………….3 | **🡪CB17ba****🡪CB17c** |
| CB17ab | Votre mari / partenaire était-il autorisé dans la salle lors de l'accouchement (NOM)? | Oui…………………………………………………………........1Non………………………………………………………………2Ne sait pas………………………………………………………8 | **🡪CB17ba****🡪CB17ba** |
| CB17b. | Votre mari / partenaire était-il présent dans la salle d'accouchement pendant le travail ou l'accouchement? | Oui…………………………………………………………........1Non………………………………………………………………2Ne sait pas………………………………………………………8 | **🡪CB17c** |
| CB17ba | Auriez-vous souhaité que votre mari / partenaire soit présent dans la salle d'accouchement pendant le travail ou l'accouchement? | Oui…………………………………………………………........1Non………………………………………………………………2Ne sait pas……………………………………………………..8 |  |
| CB17c. | Diriez-vous que l'accouchement dans un établissement de santé a été principalement votre décision, principalement celle de votre (mari / partenaire), ou avez-vous décidé tous les deux ensemble? | Enquêtée 1Mari/partenaire 2Enquêtée et mari/partenaire ensemble 3Famille/ parent 4Enquêtée et famille/parent ensemble 5Quelqu'un d'autre 6Enquêtée et quelqu'un d'autre ensemble 7 | **🡪CB18****🡪CB18****🡪CB18****🡪CB18****🡪CB18****🡪CB18****🡪CB18** |
| CB17d | Diriez-vous que le fait de ne pas accoucher dans un établissement de santé était principalement votre décision, principalement la décision de votre (mari / partenaire), ou avez-vous décidé tous les deux ensemble? | Enquêtée 1Mari/partenaire 2Enquêtée et mari/partenaire ensemble 3Famille/ parent 4Enquêtée et famille/parent ensemble 5Quelqu'un d'autre 6Enquêtée et quelqu'un d'autre ensemble 7 |  |
| CB18. | Est-ce que (NOM) a déjà été allaité? | Oui ……………………………………………………………..1Non……………………………………………………………..2 | **🡪CB20** |
| CB19. | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?**Si moins d'une heure, inscrivez ‘00' heure.****Si moins de 24 heures, inscrivez en heures; sinon, en jours.**  | Immédiatement /moins d’une heure après l’accouchement 00Heures après la naissance……1 \_\_\_ \_\_\_Jours après la naissance……..2 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas………………………………………………..98 |  |
| CB20. | Quelqu'un a-t-il placé le bébé sur votre poitrine, contre votre peau immédiatement après l'accouchement? | Oui………………………………………………………………1Non……………………………………………………………..2 | **🡪CB22** |
| CB21. | Votre bébé était-il enveloppé dans une serviette en étant couché contre votre poitrine ou nu contre votre peau? | Enveloppé dans un tissu……………………………………..1Nu sur la peau …………………………………………………2 |  |
| CB22. | Est-ce que quelque chose a été appliqué sur le cordon ombilical après qu'il ait été coupé ?**Insistez** : « Est-ce que quelque chose a été appliqué au moignon du cordon ombilical à tout moment avant la séparation? » | Oui………………………………………………………………1Non……………………………………………………………...2Ne sait pas……………………………………………………..8 | **🡪PN1****🡪PN1** |
| CB23. | Qu'est-ce qui a été appliqué?**Insistez**: "Autre chose?"**Enregsitrer toutes les réponses** | Beurre AHuile BGhee CCendre DBoue EBouse FLait maternel GSalive HHerbes/épices IAlcool JAntiseptique KChlorhexidine (Hibitane) LIndéterminée XAutre (préciser Z |  |

## **POSTNATAL CARE MODULE (PN)**

|  |
| --- |
| **For l’enquêteur: Vérifier CB15. L’accouchement a-t-il eu dans un établissement de santé (CB15 est 21-36)?****Oui🡪PN1****Non🡪PN15** |
| PN1. | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l’accouchement, par exemple quelqu’un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu’un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez encore dans l’établissement?  | Oui 1 Non 2 | **🡪PN4** |
| PN2. | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen? “**SI MOINS D'UN JOUR,** **INSCRIVEZ EN HEURES;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE,** **INSCRIVEZ EN JOURS.**” | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN3. | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? **Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Enregistrer toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN4. | Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordom ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ? **Insistez**: Après avoir donné naissance à (NOM), pendant que vous étiez encore dans l'établissement mais avant de rentrer chez vous? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪PN7****🡪PN7** |
| PN5. | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM)? **“SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.”** | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN6. | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là? **Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Enregistrer toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN7. | Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l’établissement?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪PN11****🡪PN11** |
| PN8. | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ? **“SI MOINS D'UN JOUR,** **INSCRIVEZ EN HEURES ;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE,** **INSCRIVEZ EN JOURS.”**  | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN9. | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là? **Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Enregistrer toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN10. | Où a eu lieu l’examen? **Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison 11Autre maison 12**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciser) 26**PRIVATE MEDICAL SECTOR**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |
| PN11. | Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À CB15). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À CB15) ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪Module Suivant****🡪Module Suivant** |
| PN12. | Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu? “**SI MOINS D'UN JOUR,** **INSCRIVEZ EN HEURES;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE,** **INSCRIVEZ EN JOURS.**” | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN13. | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là? **Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Enregistrer toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN14. | Où a eu lieu l'examen de (NOM) ? **Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison 11Autre maison 12**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital du district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciser) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Agent de terrain/Agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 | ModuleSuivant |
| PN15. | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l’accouchement, par exemple quelqu’un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu’un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM)?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪PN19****🡪PN19** |
| PN16. | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen? “**SI MOINS D'UN JOUR,** **INSCRIVEZ EN HEURES;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE,** **INSCRIVEZ EN JOURS.**” | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN17. | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là? **Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Inscrivez toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN18. | Où a eu lieu ce premier examen? **Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison 11Autre maison 12**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciser) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |
| PN19. | Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪Module suivant****🡪Module suivant** |
| PN20. | Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?“**SI MOINS D'UN JOUR,** **INSCRIVEZ EN HEURES;** **SI MOINS D'UNE SEMAINE,** **INSCRIVEZ EN JOURS.**” | Heures 1 \_\_\_ \_\_\_Jours 2 \_\_\_ \_\_\_Semaines 3 \_\_\_ \_\_\_Ne sait pas 998 |  |
| PN21. | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là?**Demandez:** Quelqu’un d’autre?**Inscrivez toutes les réponses****Insistez pour déterminer la personne.** | **PERSONNEL DE SANTÉ**Médecin AAttaché de santé BAssistant de santé CInfirmière/Sage-femme DSage-femme Auxiliaire EInfirmière FAgent auxiliaire de santé GAutre (préciser) W**AUTRES PERSONNES**Accoucheuse traditionnelle KAgent de Santé Communautaire/Village LAutre (préciser) X |  |
| PN22. | Où a eu lieu le premier examen de (NOM)? **Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(NOM DE L’ENDROIT) | **MAISON**Sa maison 11Autre maison 12**SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciser) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Post d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |

## **MODULE PLANIFICATION FAMILIALe (FP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FP1. | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous êtiez mariés ?  | Oui, actuellement marié 1 Oui, vit avec un homme 2Non, pas en union 3 |  |
| FP2. | Avez-vous été mariée ou vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois? | Seulement une fois 1Plus d'une fois 2Jamais été mariée ou vécu avec un homme 3 | **🡪FP4** |
| FP3. | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre (premier) (mari / partenaire). En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui? | Mois \_\_\_ \_\_\_Ne connaît pas le mois 98Année \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_Ne connaît pas l’année 9998 |  |
| FP4. | **VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.**  |
| FP5. | *Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.* *Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels?*  | N’a jamais eu de rapports sexuels 8Age en années \_\_\_ \_\_\_Première fois quand on a commencé à vivre avec (premier) mari / partenaire 95 | **🡪FP27** |
| FP6. | La toute première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous avez volontairement voulu l'avoir? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
| FP7. | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois? *Si moins de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en jours, semaines ou mois. si 12 mois (une année) ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*  | Il y a des jours 1 \_\_\_ \_\_\_Il y a. des semaines 2 \_\_\_ \_\_\_Il y a des mois 3 \_\_\_ \_\_\_Il y a des années 4 \_\_\_ \_\_\_ | **🡪 FP10** |
| FP8. | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom a-t- il été utilisé?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪FP10****🡪FP10** |
| FP8a. | D'où avez-vous ou votre partenaire obtenu le préservatif la dernière fois?**Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  (NOM DE L’ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**Hôpital du Gouvernement 11Centre de santé du gouvernementt 12Dispensaire 13Clinique de planification familiale 14Clinique Mobile 15Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 17Autre secteur public (préciser) 16**SECTEUR MEDICAL PRIVE**Hôpital privé/clinique 21Pharmacie/dépôt de médicaments 22ONG 23Clinique Mobile 24Agent de terrain/Agent de santé communautaire 25Autre secteur médical privé *(préciser)* 26**AUTRES SOURCES**Distributeur Agréé de médicaments (ADDO) 31Centre de conseils et dépistage volontaire (CDV) 32Boutique/Kiosque/Marché 33Hôtel/Bar 34Ami/parents/voisin 35Autre (préciser) 96Ne sait pas 98 |  |
| FP9. | Diriez-vous que l’utilisation du préservatif est principalement votre décision, principalement celle de votre (époux / partenaire), ou avez-vous décidé ensemble? | L'Enquêtée 1 Son partenaire 2Enquêtée et partenaire 3Ne sait pas 8 |  |
| FP10. | Si vous le vouliez, pourriez-vous vous-même vous procurer un préservatif? | Oui 1Non 2 |  |
| FP11 | Selon vous, quelle est la principale raison d'utiliser un préservatif? | Prévenir la grossesse 1Prévenir les IST 2Prévenir à la fois la grossesse et les IST 3Autre 6Ne sait pas 8 |  |
| FP12. | Êtes-vous actuellement enceinte ?  | Oui 1 Non 2Pas sûre 8 | **🡪FP15****🡪FP15** |
| FP13. | Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là?  | Oui 1 Non 2 | **🡪FP27** |
| FP14. | Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus avoir d’enfant?  | Plus tard 1 Pas d’autre/Aucun 2 | **🡪FP27****🡪FP27** |
| FP15. | Quand vos dernières règles ont-elles commencé? **(Enregistrer la date, si donnée)****Mois** \_\_ \_\_**Année** \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ | Il y a des jours 1 \_\_\_ \_\_\_Il y a des semaines 2 \_\_\_ \_\_\_Il y a des mois 3 \_\_\_ \_\_\_Il y a des années 4 \_\_\_ \_\_\_EN MENOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995JAMAIS EU DE RÈGLES 996 | **🡪FP27****🡪FP27** |
| FP16. | Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?  | Oui 1 Non 2 | **🡪FP18** |
| FP17. | Avez-vous déjà fait quelque chose ou utilisé une méthode quelconque pour retarder ou éviter de devenir enceinte? | Oui 1 Non 2 | **🡪FP20****🡪FP20** |
| FP18. | Que faites-vous pour retarder ou éviter une grossesse?**Ne pas suggérer de réponse. Notez toutes les réponses.** | Stérilisation Féminine AStérilisation Masculine BDIU CInjectables DImplants EPilule FPréservatif Masculin GPréservatif Féminin HDiaphragme IMousse / Gelée JMéthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée (MAMA) KAbstinence périodique / Méthode du Rhythme LRetrait MAutre (préciser) X |  |
| FP19. | Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari / partenaire), ou avez-vous décidé tous les deux ensemble? | Principalement l’enquêtée 1Principalement le mari / partenaire 2Décision commune 3Autre (préciser) 6 | **🡪FP21****🡪FP21****🡪FP21****🡪FP21** |
| FP20. | Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement la décision de votre (mari / partenaire), ou avez-vous décidé tous les deux ensemble? | Principalement l’enquêtée 1Principalement le mari / partenaire 2Décision commune 3Autre (préciser) 6 |  |
| **FP21. Ces questions doivent être posées aux femmes qui ne sont pas enceintes et ayant eu une naissance vivante dans les deux années précédant l’interview.****Pour l’enquêteur: Vérifiez FE3. Est-ce la naissance vivante la plus récente a eu lieu après****[JJ/MM/AAAA-2 DE INTERVIEW]?****Oui 1🡪Continuer à FP22. Toutes les questions se refèrent à (NOM) de FE4. Utiliser ce nom de l’enfant dans les questions suivantes, où indiqué. Si l’enfant est décédé avant d’être bâptisé/nommé, utiliser ‘VOTRE BEBE’ en lieu et place de (NOM)****Non 2🡪ALLER A TO FP25.** |
| FP22. | Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là?  | Oui 1 Non 2 | **🡪 FP24**  |
| FP23. | Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d’enfant?  | Plus tard 1 Pas d’autre/Aucun 2 |  |
| FP24. | Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)? | Oui 1 Non 2 | **🡪FP27** |
| FP25. | Maintenant, j'ai quelques questions sur l'avenir. Souhaitez-vous avoir un (autre) enfant ou préférez-vous ne plus en avoir? | AVOIR UN (UN / AUTRE) ENFANT 1PLUS D’AUTRE / AUCUN 2DIT QU'ELLE NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE 3INDÉCISE / NE SAIT PAS 8 | **🡪FP27****🡪FP27****🡪FP27** |
| FP26. | Combien de temps voulez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? | Mois 1 \_\_\_ \_\_\_Années 2 \_\_\_ \_\_\_BIENTÔT / MAINTENANT 993DIT QU'ELLE NE PEUT PAS ÊTRE ENCEINTE 994APRÈS LE MARIAGE 995AUTRE (PRECISEZ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 996NE SAIT PAS 998 |  |
| FP27. | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été visitée par un agent de santé? | Oui 1 Non 2 | **🡪FP29a** |
| FP28. | Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?  | Oui 1 Non 2 |  |
| FP29a | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous visité un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même, pour votre mari / partenaire, pour votre enfant ou à la fois pour vous-même et / ou votre mari / partenaire ou vos enfants? | Elle-même 1Son mari / partenaire 2Son enfant 3A la fois elle-même et son mari/partenaire ou enfant 4Aucune visite dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois 5Quelqu'un d'autre 6 | **🡪 FP33** |
| FP29b | Au cours des 12 derniers mois, quand vous avez visité un établissement de santé pour recevoir des soins, est-ce qu'un membre du personnel vous a parlé de méthodes de planification familiale ou de santé sexuelle et reproductive? | Oui 1 Non 2 |  |
| FP30 | Où êtes-vous allée la dernière fois que vous avez consulté un centre de santé?**Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé, un dispensaire ou une clinique, inscrivez le nom du l’endroit ci-dessous:****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**                        (NOM DE L’ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Autre secteur public (préciser) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32Dispensaire 33Clinique 34Clinique Mobile 35Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |
| FP31 | **Pour l’enquêteur: Vérifier WI2 et FP29a****Femme âgée de 15 – 24 years et ayant reçu des soins pour elle-même ou à la fois pour elle-même et son mari/ partenaire ou pour elle-même et son enfant 🡪 Continuer à FP32****Femme âgée de >=25 années ou qui n’a pas reçu de soins pour elle-même ou pas pour elle et son mari/ partenaire ou pas pour elle-même et son enfant 🡪 Aller à FP33** |  |
| FP32 | La dernière fois que vous avez cherché des soins pour vous-même dans un établissement de santé, avez-vous reçu des services pour:a) Méthodes de planification familiale?b) Prévention des IST ou du VIH?c) Soins prénatals?d) Soins d'accouchemente) Soins postnatals?f) Autre (s) problème (s) de santé? |  Oui Nona) Planification familiale 1 2b) Prévention des IST 1 2c) Soins prénatals 1 2d) Accouchement 1 2 e) Soins postnatals 1 2f) Autre 1 2 |  |
| FP33 | *Je vais maintenant vous lire quelques déclarations sur la contraception. S'il vous plaît dites-moi si vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun.*a) La contraception concerne les femmes uniquement et un homme ne devrait pas avoir à s’en préoccuper.b) Les femmes qui utilisent une méthode de contraception peuvent être infidèles/avoir une vie de débauche. |  D'accord Pas d'accord NSPa) Contraception est une préoccupation de la femme 1 2 8b) Femme peut être infidèle/ avoir vie de débauche 1 2 8 |  |
| FP34. | **Pour l’enquêteur: Présence d’autres personnes pendant cettte section (FP1-FP32)** |  OUI NONEnfants < 10 années 1 2 Hommes Adultes 1 2 Femmes Adultes 1 2  |  |

## **VIH/SIDA (HI)**

|  |  |
| --- | --- |
| HI1. | **VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.**  |
| HI2. | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà été testée pour le virus du SIDA? | Oui 1 Non 2 | **🡪DM1** |
| HI3. | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? *Si moins de 2 ans, enregistrez le nombre exact de mois. Si 2 ans ou plus, entrez 95* | Il y a des mois \_\_\_ \_\_\_Deux années ou plus 95Ne sait pas 98 |  |
| HI4. | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?  | Oui 1 Non 2 |  |

## **ACTIVITE ET POUVOIR DE DECISION (DM)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DM1. | Maintenant, je veux vous poser des questions sur votre activité au cours des sept derniers jours.En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ? | Oui 1 Non 2 | **🡪DM4** |
| DM2. | Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en espèces ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?  | Oui 1 Non 2 | **🡪DM4** |
| DM3. | Have you done any work in the last 12 months? | Yes 1 No 2 | **🡪DM5** |
| DM4. | Êtes-vous payée en espèces ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?  | Espèces seulement 1 Espèces et nature 2Nature seulement 3Pas payée 4 |  |
| DM5. | Avez-vous de l’argent vous appartenant que vous seule pouvez décider de l’utilisation? | Oui 1 Non 2 | **🡪DM7** |
| DM6. | Qui décide comment l'argent que vous possédez va être utilisé ?*Notez que cette question inclut toutes les formes de revenu que l’enquêté peut avoir, y compris l'argent gagné du travail rémunéré et / ou d'autres sources de revenu.***Inscrivez toutes les réponses.** | Enquêtée AMari / partenaire BMère CPère DBelle-mère EBeau-père FSœur GFrère HFille IFils JAncien mari / partenaire KCopain actuel LAncien copain M Belle-mère NBeau-père OAutre parent ou beau-parent de sexe féminin PAutre parent ou beau-parent de sexe masculin QAmie / connaissance de sexe féminin RAmi / connaissance de sexe masculin SEmployeur TAutre (Préciser)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ XL’enquêtée n'a pas d'argent Z |  |
| DM7. | Avez-vous un compte bancaire ou un compte dans une autre institution d'épargne en votre nom ou conjointement avec quelqu'un d'autre?**INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.** | Oui, en mon propre nom AOui, compte joint BNon C | **🡪DM9** |
| DM8. | Est-ce que vous gerez vous-même le compte, c’est-à-dire signez des chèques ou déposez et retirez de l’argent? | Oui 1 Non 2 |  |
| DM9. | Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?  | Oui 1 Non 2 | **🡪DM11** |
| DM10. | Avez-vous un compte bancaire mobile (comme [insérer des exemples locaux ou des marques])? | Oui 1 Non 2 |  |
| DM11. | **Pour l’enquêteur : Vérifiez FP1. La femme est-elle actuellement mariée ou vit-elle avec un homme?****Oui 1🡪 Continuez à DM12****Non 2🡪 Passez à DM15** |
| DM12. | Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | **🡪DM14** |
| DM13. | Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
| DM14. | Habituellement, qui décide comment l'argent gagné par votre (mari/partenaire) va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?  | Enquêtée 1 Mari/partenaire 2Conjointement enquêtée et Mari/partenaire 3Mari/partenaire n’a aucun revenu 4 Autre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6 |  |
| DM15. | Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire), famille/parent, vous et famille/parent conjointement, quelqu’un d’autre, ou vous et quelqu'un d'autre conjointement ?   | Enquêtée 1 Mari/partenaire 2Conjointement enquêtée et Mari/partenaire 3Famille/parent 4Conjointement enquêtée et Famille/parent 5Quelqu’un d’autre 6 Conjointement enquêtée et Quelqu’un d’autre 7 |  |
| DM15a | Je vais maintenant vous lire quelques déclarations sur la grossesse. S'il vous plaît dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d’accord avec cela.a) La grossesse concerne uniquement les femmes et le père n’a pas besoin de s’impliquer.b) Il est essentiel pour la santé de la mère et de l'enfant que la femme soit assistée par un médecin ou une infirmière lors de l'accouchement. |  D’accord Pas d’accord NSP a) La grossesse est une préoccupation de la femme 1 2 8b) L'assistance des médecins et infirmièresest essentielle ….. 1 2 8 |  |
| DM15b | Dans un couple, qui devrait selon vous avoir le pouvoir de décision pour chacune des décisions suivantes: le mari, l'épouse ou les deux à égalité:a) faire des achats importants pour le ménage?b) faire des achats pour les besoins quotidiens du ménage?c) vendre la volaille appartenant au ménage (par exemple du poulet, de la dinde et des canards)?d) vendre du bétail, des troupeaux et / ou d’autres animaux de ferme appartenant au ménage (par exemple, chèvres, moutons, bovins, porcins, ânes)e) décider de rendre visite à la famille ou aux proches de la femme?f) décider combien d’enfants à avoir et quand? |  Mari Femme Les deuxa) Achats importants pour le ménage 1 2 8b) Besoins quotidiens du ménage 1 2 8c) Vente de la volaille 1 2 8d) Vente du bétail 1 2 8e) Visite à la famille ou aux proches 1 2 8f) Nombre et quand avoirles enfants 1 2 8 |  |
| DM16. | Au marché local pour acheter des choses?À un centre de santé ou chez un médecin local?Au centre communautaire ou à un autre lieu de rencontre à proximité?Aux domiciles d'ami(e)s dans le quartier?À un sanctuaire / mosquée / temple / église proche?Juste à l'extérieur de votre maison ou de votre propriété? |  Seule Jamais Pas du Seule toutMarché 1 2 3 Centre de Santé 1 2 3Centre communautaire 1 2 3Domiciles d’ami(e)s 1 2 3Lieu de culte 1 2 3En dehors de la maison 1 2 3 |  |
| DM17. | Selon vous, est-il justifié qu'un mari/partenaire frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : * Si elle sort sans le lui dire?
* Si elle néglige les enfants?
* Si elle argumente/se dispute avec lui ?
* Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?
* Si elle brûle la nourriture?
* Si elle refuse de donner l'argent qu'elle a gagné à son mari / partenaire?
* Si elle utilise un moyen de contraception sans en informer son mari / partenaire?
 |  Oui Non NSPSort sans lui dire…..…………………1 2 8 Néglige les enfants...…………………1 2 8Argumente………… …………………1 2 8 Refuse rapports sexuels ……………1 2 8 Brûle la nourriture ………………… 1 2 8Refuse de donner argent gagné……1 2 8Utilise la contraception ……………… 1 2 8 |  |
| DM18. | Dans votre communauté, pensez-vous qu'une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec:* Son mari?
* D'autres partenaires?
 |  Oui Non NSPMari……….……………………………1 2 8 D'autres partenaires…… ……………1 2 8 |  |
| DM19. | Pensez-vous que si une femme refuse d'avoir des relations sexuelles avec son mari / partenaire quand il le souhaite, il a le droit de:a) se mettre en colère et la réprimander?b) refuser de lui donner de l'argent ou d'autres moyens de subsistance?c) Utiliser la force et avoir des relations sexuelles avec elle même si elle ne veut pas?d) avoir des relations sexuelles avec une autre femme? |  Oui Non NSP/Dépend a) Etre en colère 1 2 8b) Refuser de l’argent 1 2 8c) Forcer rapports sexuels 1 2 8d) Avoir rapports sexuels avec une autre femme 1 2 8 |  |
| DM20. | **Pour l’enquêteur : PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES JUSQU’À CE POINT** |  OUI NONFemmes adultes 1 2 Mari / partenaire 1 2 Autres hommes adultes 1 2Enfants <10 ans 1 2  |  |

## **OBSERVATIONS SUR LE QUESTIONNAIRE FEMME (OW)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OW1. | Langue de l’interview | Langue 1 1Langue 2 2Langue 3 3Langue 4 4Langue 5 5Autre langue (préciser) 6 |
| OW2. | Un traducteur a-t-il été utilisé pour une partie quelconque de ce questionnaire? | Oui, questionnaire entier 1Oui, une partie du questionnaire 2Non, pas utilisé 3 |
| OW3. | POUR ENQUETEUR: Notez tous les commentaires ou observations concernant cet entretien: |
| OW4. | POUR LE SUPERVISEUR: Notez tous les commentaires ou observations pour cet entretien: |

**REMERCIER L’ENQUÊTEE**

**FIN DU QUESTIONNAIRE FEMME**

**QUESTIONNAIRE DES ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS**

Tableau d’INFORMATION de l’enfant (UF)

|  |
| --- |
| **Ce questionnaire doit être administré à toutes les mères ou gardiens (HL9-10) des enfants âgés de moins de 5 ans.****Un questionnaire individuel doit etre rempli pour chaque enfant eligible** |
|  | Nom et numéro de la zone administrative:……………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |  | Nom et numéro de la sous-zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| UF2a | Nom et numéro du. village:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
|  | Nom et numéro de la grappe:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |  | Numéro de ménage:  |
|  | Nom de l’enfant (utilisez ce NOM où indiqué dans le questionnaire): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Numéro de ligne de l’enfant : \_\_\_\_ \_\_\_\_  |
|  | Nom de la mère / gardien(ne): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Numéro de ligne de la mère / gardien(ne): \_\_\_\_ \_\_\_\_  |
| 1. **VÉRIFIEZ :** Le formulaire de consentement / assentiment de la femme a-t-il déjà été administré à la mère ou à la gardienne?

Yes 1🡪 Compléter la date, nom de l'enquêteur, numéro et résultat de la visite appropriée.**Ne pas ré-administrer le texte de consentement / assentiment**Non 2🡪UF10 |
| 1. Check HL6 and record woman’s age: \_\_\_ \_\_\_

 Vérifier HL6 et enregistrer l’âge de la femme |
| Est-ce que l’enquêtée est mariée?Oui 1Non 2 |
| **Si la femme est âgée de 15 à 17 ans et qu'elle n'est pas mariée, lisez le script de permission à la mère ou au père ou au tuteur de la femme ainsi que le script de l'assentiment à la femme. Vous devez obtenir la permission du parent/tuteur et l'assentiment de la femme avant de procéder****Si la femme est mariée, ou est célibataire et âgée de plus de 17 ans, lisez-lui le script de consentement de la femme. Vous DEVEZ obtenir le consentement de la femme avant de procéder****Si le script de consentement / assentiment a déjà été administré à la mère ou au gardien(ne), ne le réadministrez plus.** |
| **Visite 1** | **Visite 2** | **Visite 3** | **Visite Finale** |
| **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice: \_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_  | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:**\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ |
| **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | Nombre total de visites: \_\_\_\_ |
| UF12. Codes de résultats (les codes font référence à la mère / gardien(ne)1 = Completé2 = pas à la maison3 =Pas compétent4 = Différé | 5 = refusé6 = pas à la maison pour une période prolongée7 = partiellement rempli9 = Autre (préciser):  |

INFORMATION sur l’enfant (CI)

|  |
| --- |
| Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la santé de (NOM) |
|  | En quel mois et quelle année (NOM) est- il/elle né(e) ? ***Insistez***:Quelle est sa date de naissance? | Date de naissance: Mois \_\_ \_\_Ne connaît pas le mois 98 Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ |   |
|  | **Quel âge a (NOM)?****Si moins de 1 an, enregistrez en mois révolus, sinon enregistrez en années révolues.****Comparez et corrigez CI1 et CI2 en cas d'incohérence** | Mois révolus 1\_\_\_\_ \_\_\_\_Années révolues 2\_\_\_\_ \_\_\_\_  |  |
|  |  (NOM) est-il un garçon ou une fille ?  | Garçon 1 Fille 2 |  |

Module allaitement et nutrition (BN)

|  |
| --- |
| **CE MODULE DOIT ETRE ADMINISTRE AUX ENFANTS AGES DE MOINS DE 2 ANS. VERIFIER CI1. SI (NAME) EST NE AVANT [JJ/MM/AAAA-2 DE L’INTERVIEW], PASSER AU MODULE VACCINATION (IM)** |
| Now I want to ask you about how (NAME) is fedMaintenant, je voudrais vous poser des questions concernant l’alimentation de (NOM) |
|  | Est-ce que (NOM) a déjà été allaité? | Oui 1 Non 2Ne sais pas 8 | 🡪 BN3🡪 BN3 |
|  | Est-ce que (NOM) est toujours allaité? | Oui 1 Non 2Ne sais pas 8 |  |
|  | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si (NOM) a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures. Est-ce que (NOM) a bu / mangé:Lisez chaque élément à haute voix et enregistrez la réponse avant de passer à l'élément suivant. Enregistrez OUI si l'enfant a consommé le liquide ou l'aliment seul ou en mélange avec d'autres liquides ou aliments. |  |
|  |  | **Liquide/aliment** |  **Consommé hier?**  |  |
|  |  | Lait maternel? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  | 1. a.
 | De l’eau simple? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Médicament ou SRO ? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des jus ou des boissons à base de jus? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du Thé | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du bouillon ? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du lait, tel que du lait en boite, en poudre ou du lait frais d'animal ? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  | fa. | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait?**SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.**  | Nombre de fois \_\_\_\_ |  |
|  |  | Du lait en poudre pour bébé ? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  | ga. | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ?**SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.**  | Nombre de fois \_\_\_\_ |  |
|  |  | D'autres liquides ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du yaourt ? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  | ia.  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ?**SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'**  | Nombre de fois \_\_\_\_ |  |
|  |  | Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du pain, du riz, des pates, bouillie de céréale ou autres préparations à base de céréales ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des citrouilles, carrottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges a l'intérieur ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des légumes à feuilles vertes foncées ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES] ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | D'autres fruits ou légumes ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Autre viande, telles que du boeuf, porc, agneau, chèvre, poulet ou canard? De la viande, de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Des oeufs? | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | Du fromage ou d'autres produits laitiers?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  |  | N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous?  | 1. Oui. 2. Non 8. NSP  |  |
|  | **VÉRIFIEZ BN3 (CATÉGORIES 'j' À 'W'):** | PAS UN SEUL 'OUI' AU MOINS UN 'OUI' | 🡪 BN5🡪 BN6 |
|  | Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI ‘OUI’ INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?  | OUI 1NON 2 | 🡪Module suivant |
|  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ ‘7'.  | Nombre de fois \_\_\_Ne sait pas 8 |  |
|  | La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des selles ?  | Enfant a utilisé toilettes ou latrines 01A Jeté/rincé dans les toilettes ou latrines 02A jeté hors du logement 03A jeté hors de la cour 04A enterré dans la cour 05A lavé avec l'eau 06A utilisé couches jetables 07A utilisé couches réutilisables 08A jeté aux ordures 09N'a rien fait / a laissé à l'air libre 10Enfant a utilisé brousse / champ (n'a pas débarrassé) 11Autre *(préciser))* 96Ne sait pas 98 |  |

Module vaccination de l’enfant (IM)

|  |
| --- |
| **CE MODULE DOIT ÊTRE ADMINISTRÉ POUR LES ENFANTS DE MOINS DE 3 ANS. VÉRIFIEZ CI1. SI (NOM) EST NÉ AVANT LE [JJ/MM/AAAA-2 DE L’INTERVIEW], ALLEZ AU MODULE VITAMINE A** |
|  | Avez-vous déjà eu un carnet/document de vaccination pour (NOM) ? **SI "OUI" DEMANDEZ** "Puis-je le voir s'il vous plaît?" | OUI, carnet de vaccination VU PAR ENQUETEUR 1OUI, carnet de vaccination NON VU PARENQUETEUR 2Non pas de carnet 3 | 🡪IM4🡪IM4 |

1. **Notez les informations telles qu’elles figurent sur le carnet de vaccination de (NOM). Inscrivez «44» dans la colonne «Jour» si le carnet indique qu’une dose a été donnée mais que la date n’a pas été enregistrée. Enregistrez «00» pour le jour, le mois et l’année si rien n’est enregistré pour le vaccin.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **JOUR** | **MOIS** | **ANNEE** |  |
|  |  |  |
| **DTCoq-HEP.B-HIB (Pentavalent) 1**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **DTCoq-HEP.B-HIB (Pentavalent) 2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **DTCoq-HEP.B-HIB (Pentavalent) 3** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Vaccin antirougeoleux 1** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Vaccin antirougeoleux 2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |
| **Pneumocoque 1**  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pneumocoque 2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Pneumocoque 3** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rotavirus 1** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rotavirus 2** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rotavirus 3** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins qui ne sont pas enregistrés dans la carnet/document, y compris des vaccins reçus lors de campagnes, journées de vaccination, ou de journées sur la santé de l'enfant ?**Inscrivez 'oui' seulement si l'enquêtée mentionne au moins une des vaccinations à IM2 qui n'a pas été enregistrée dans le carnet de vaccination.**  | Oui 1 **(Insistez pour les vaccinations et inscrivez ‘66' dans la colonne jour correspondante à IM2, puis aller à IM13)**Non 2Ne sait pas 8 | **GO to IM13** |
| **Pour l'enquêteur:****Si le carnet de vaccination a été vu, passez à IM13****Si le carnet de vaccination n'a pas été vu, passez à IM4** |
|  |  (NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes de vaccination ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪IM13🡪IM13 |
| S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants:  |
|  | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent ou DTCoq c'est-à- dire une injection dans la cuisse ou la fesse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪IM7🡪IM7 |
|  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ou DTCoq ?  | Nombre de foisNe sait pas 8 |  |
|  | Une injection de rougeole - c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de **9** mois - pour lui éviter la rougeole? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪IM9🡪IM9 |
|  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?  | Nombre de foisNe sait pas 8 |  |
|  | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪IM11🡪IM11 |
|  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?  | Nombre de foisNe sait pas 8 |  |
|  | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪IM13🡪IM13 |
|  | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ? | Nombre de foisNe sait pas 8 |  |
|  | (NOM) a-t-il participé à des campagnes, à des journées nationales de vaccination et / ou à des journées consacrées à la vitamine a ou à la santé de l'enfant?SI OUI,INSISTEZ: Lesquels?INSCRIVEZ TOUTES LES RÉPONSES | *Campagne A* A *Campagne B* B*Campagne C* C*Campagne D* D*Campagne E* EAutre (préciser) XAucun YNe sait pas Z |  |

Module VITAMINE A (VA)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? **Montrez des modèles courants ampoules/gélules/sirop.**  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |

Module toux et fievre (CO)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 |  |
|  | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪CO5🡪CO5 |
|  | Quand (NOM) était malade avec une toux, est-ce qu'il / elle respirait plus vite que d'habitude avec des respirations courtes et rapides ou avait-il / elle des difficultés à respirer? | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪CO5🡪CO5 |
|  | Est-ce que la respiration rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dues à un problème dans la poitrine ou à un nez bouché ou qui coulait ?  | Problème dans la poitrine seulement 1Nez bouché seulement 2Les deux 3Autre (préciser) 6 Ne sait pas 8 |  |
| **CO5. Pour l'interviewer: Vérifiez les réponses dans CO1 pour la fièvre et CO2 pour la toux****«Oui» pour la fièvre et / ou «Oui» pour la toux 1🡪CO6****«Non» ou «NSP» pour la fièvre ET «Non» ou «NSP» pour la toux .2🡪 Module suivant** |
|  | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪CO8🡪CO8 |
|  | Où avez-vous cherché conseil ou traitement?**Inscrivez tous les endroits mentionnés.****Insistez**:Quelque part ailleurs?Si un hôpital, un centre de santé ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Nom de l’endroit) | **SECTEUR PUBLIC**Hôpital National AHôpital régional BHôpital de district CCentre de Santé DDispensaire EClinique Mobile FPoste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire GAutre secteur public (préciser) X**SECTEUR PRIVE**Hôpital HCentre de Santé IDispensaire JClinique KClinique Mobile LPharmacie MPoste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire NAutre secteur médical privé *(préciser)* Y**SOURCE COMMUNAUTAIRE**Agent de santé communautaire OBoutique PTradipraticien QVendeur informel de médicaments RMarché SAutre source (préciser) Z |  |
|  | Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?  | Oui 1 Non 2Ne sait pas 8 | 🡪Module suivant🡪Module suivant |
|  | Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?**INSISTEZ**:Aucun autre médicament ? **Inscrivez tout ce qui est mentionné.** Demander à voir le (s) médicament (s) si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament n'est toujours pas déterminé, montrez des échantillons de medicaments ou à l’enquêté. | **ANTIPALUDEENS**Combinaison thérapeutique à base d'artémisinine (CTA) AFansidar/Maloxine/SP (sulfadoxine-pyrimethamine) B Chloroquine CAmodiaquine DQuinine:  Comprimés E Injection/IV F**Artéméther / luméfantrine** GArténusate/amodiaquine: Voie Rectale H Injection/IV IAutre antipaludéen J*(préciser autre antipaludéen)* **ANTIBIOTIQUES**Comprimés /sirop KInjection/IV L**AUTRE MEDICAMENTS**Aspirine MAcetaminophen NIbuprofen OSirop contre la toux ou sédatif ou expectorant PInjection inconnue QRemède traditionnel RAutre X*(Préciser autre)* Ne connaît pas le médicament Z |  |
| **CO10. Pour l'enquêteur: Vérifiez CO9.****L'enfant a-t-il reçu de l'artéméther / luméfantrine, de l'artésunate / amodiaquine et / ou un autre traitement de combinaison à base d'artémisinine?****Oui 1🡪CO11****Non 2🡪 Module suivant** |
|  | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (NOM DE LA COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE REÇU)?  | Même jour (<24 heures) 0Jour suivant (24 à <48 heures) 1Deux jours après le début de la fièvre (48 à <72 heures) 2Trois jours après le début de la fièvre (72 à <96 heures) 3Quatre jours ou plus après le début de la fièvre (96 heures ou plus) 4Ne sait pas 8 |  |

DIARRHEA MODULE (DI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | *La diarrhée est définie comme trois selles molles ou liquides ou plus par jour, ou du sang dans les selles. Si l'enfant est allaité exclusivement, la diarrhée est déterminée par la mère ou la personne en charge.* | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | 🡪Module suivant🡪Module suivant |
|  | Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée:1. Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [nom local pour le sachet SRO] ?
2. Un liquide SRO préconditionné?
3. Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?
4. Du zinc en comprimés ou en sirop?
 |  | Oui | Non | NSP |  |
| 1. Liquide Sachet SRO
 | 1 | 2 | 8 |
| 1. SRO préconditionné
 | 1 | 2 | 8 |
| 1. Liquide maison recommendé
 | 1 | 2 | 8 |
| 1. Zinc comprimé ou sirop
 | 1 | 2 | 8 |
|  | A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ? **N’incluez pas le SRO** | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  🡪Module suivant🡪Module suivant |
|  | Qu’a t’on donné d’autre pour traiter la diarrhée?**Insistez**: Rien d’autre?**Inscrivez tout ce qui est mentionné.**Demander à voir le (s) médicament (s) si le type de médicament n'est pas connu. Si le type de médicament n'est toujours pas déterminé, montrez des échantillons de medicaments ou des photos à l’enquêté. | Comprimé ou siropAntibiotique AAntimotilité BAutre (préciser) DComprimé ou sirop inconnu EInjectionAntibiotique FAutre (préciser) GInjection Inconnue HIntraveineuse (IV) IRemède traditionnel/ fait maison JAutres (préciser) X |  |

Module (optionnel) enregistrement des naissances (BR)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Est-ce que (NOM) a un certificat de naissance?**Si oui, demandez:**Puis-je le voir? | Oui, vu 1Oui, pas vu 2Non 3Ne sait pas 8 | 🡪Module suivant🡪Module suivant |
|  | La naissance de (nom) a-t-elle été enregistrée auprès des autorités civiles? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  |

Module (optionnelle) anthropométrie (AM)

|  |
| --- |
| **Pesez et mesurez chaque enfant. Enregistrez le nom et le numéro de ligne de l’enfant de la liste du ménage (HL1 et HL2) dans AM1 avant d’enregistrer les mesures.****Notez le poids et la taille dans AM3-4.** |
| 1. Numéro de ligne de l'enfant \_\_\_ \_\_\_

Nom de l'enfant: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| AM2. Résultat de la mesure. | Mesuré 1Non présent / différé 2Absent pour une période prolongée 3Refus mesure du poids et de la taille 4Poids mésuré mais taille refusée …… ….5Taille mesurée mais poids refusé …… ….6Autre (préciser) *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* ….*7* | 🡪OC1🡪OC1🡪OC1🡪AM3🡪AM5 |
| 1. Comment l'enfant a-t-il été pesé?

**Insistez: Si l'enfant a moins de 2 ans ou est incapable de rester debout seul, pesez la mère et l'enfant ensemble, puis pesez la mère seule.** | L'enfant a été pesé seul ……………… .1L'enfant a été pesé avec la mère …… .2 | 🡪AM4 |
| AM3a. Poids de la mère et de l’enfant | Kilogrammes (kg) ……………… .. \_\_\_ \_\_\_. \_\_\_ |  |
| AM3b. Poids de la mère | Kilogrammes (kg)……………. \_\_\_ \_\_\_. \_\_\_ | 🡪AM5 |
| AM4. Poids de l’enfant | Kilogrammes (kg)……………. \_\_\_ \_\_\_. \_\_\_ |  |
| AM5. Longueur ou taille de l’enfant.**Vérifier l'âge de l'enfant dans CI2:****Enfant de moins de 2 ans🡪Mesure de la longueur (allongé)****Enfant de 2 ans ou plus 🡪Mesure de la taile (debout)** | Longueur (cm) Allongé \_\_ \_\_ \_\_. \_\_Taille (cm) Debout \_\_ \_\_ \_\_. \_\_ |  |
| AM6. Un œdème est-il présent sur les DEUX pieds?  | Oui 1Non 2 |  |
| 1. Code d'identification du mesureur.
 | Code du mesureur \_\_ \_\_ |  |

OBSERVATIONS sur le QUESTIONNAIRE enfant (OC)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | LANGUE DE L’INTERVIEW | Langue 1 1Langue 2 2Langue 3 3Langue 4 4Langue 5 5Autre langue (préciser) 6 |
|  | UN TRADUCTEUR A-T-IL ÉTÉ UTILISÉ POUR UNE PARTIE QUELCONQUE DE CE QUESTIONNAIRE? | Oui, questionnaire complet 1Oui, une partie du questionnaire 2Non, pas utilisé 3 |
|  | POUR ENQUETEUR: Notez tous les commentaires ou observations concernant cet entretien: |
|  | POUR LE SUPERVISEUR: Notez tous les commentaires ou observations pour cet entretien: |

**REMERCIER L’ENQUETE(E)**

**FIN DU QUESTIONNAIRE ENFANT**

# **QUESTIONNAIRE HOMME**

## TABLEAU D’INFORMATION HOMME (MN)

|  |
| --- |
| **Ce questionnaire doit être administré à tous les hommes âgés de 15 à 49 ans (voir HL7A).****Remplissez un questionnaire pour chaque homme éligible** |
| MN1. Nom et numéro de la zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_  | MN2. Nom et numéro de la sous-zone administrative:………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| MN2a. Nom et numéro du village: ………………………………….. \_\_\_\_ \_\_\_\_ \_\_\_\_ |
| MN3. Nom et numéro de la grappe:………………………………….. \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_  | MN4. Numéro de ménage:  \_\_\_ \_\_\_  |
| MN5. Nom de l’homme: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | MN6. Numéro de ligne de l’homme:  |
| MN7. Vérifiez HL6 et noter l’âge de l’homme: \_\_\_ \_\_\_ |
| Est-ce que l’enquêté est marié?Oui 1Non 2 |
| **Si l‘homme est âgé de 15 à 17 ans et qu'il n'est pas marié, lisez le script de la permission à la mère ou au père ou au tuteur de l’homme ainsi que le script de l'assentiment de l‘homme. Vous DEVEZ obtenir la permission du parent/tuteur et l'assentiment de l‘homme avant de procéder****Si l‘homme est marié, ou est célibataire et âgé de plus de 17 ans, lisez-lui le script de consentement de l‘homme.****Vous DEVEZ obtenir le consentement de l‘homme avant de procéder**OUI, PERMISSION DONNÉE🡪 Module d'information sur l’hommeNON, PERMISSION NON DONNÉE 🡪 Code résultat |
| **Visite 1** | **Visite 2** | **Visite 3** | **Visite Finale** |
| **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice: \_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_  | **Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ | **Date:**\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_Nom de l’enquêtrice:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Numéro de l’enquêtrice:\_\_ \_\_Résultat: \_\_\_ |
| **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Visite suivante****Date:** \_\_ \_\_ /\_\_ \_\_ /\_\_ \_\_**Temps: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  | Nombre total de visites: \_\_\_\_ |
| MN9. Result codes:Codes résultat :1 = Completé 2 = Pas à la maison 3 = Pas compétent  |  4 = Différé  5 = Refusé 6 = Pas à la maison pour un temps prolongé  7 =Partiellement completé 8 = Autre (préciser): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| MN10. Temps au début de l’interview | \_\_ \_\_ hr \_\_ \_\_ min |
| MN11. Temps à la fin de l’interview | \_\_ \_\_ hr \_\_ \_\_ min |

## MODULE INFORMATION HOMME (MI)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MI1. | En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?  | Mois \_\_ \_\_Ne connaît pas le mois 98Année \_\_ \_\_ \_\_ \_\_Ne connaît pas l’année 9998 |  |
| MI2. | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? **Comparez et corrigez MI1 et MI2 si incohérent .**  | Âge en années révolues \_\_\_\_ \_\_\_\_  |  |
| MI3. | Êtes-vous actuellement ou avez-vous déjà fréquenté une école ? | Oui, je fréquente actuellewment 1Oui, déjà fréquenté 2Non, jamais fréquenté 3 | 🡪MI5a |
| MI4. | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ? | Primaire 1Secondaire (1ercycle/inférieur) 2Secondaire (2èmecycle/Supérieur) 3Supérieur/Université 4 |  |
| MI5. | Combien d’années avez-vous achevé à ce niveau ?  | Année(s) \_\_ \_\_Moins d’une année 00Ne connaît pas 98 |  |
| MI5a. | **Pour l'enquêteur: Vérifiez MI2 et MI3****L’homme a entre 15 et 24 ans et ne fréquente pas actuellement l’école 🡪 Continuez à WI5b****L'homme a > = 25 ans ou fréquente actuellement l'école 🡪 Passez à WI5c** |
| MI5b. | Quelle est la raison principale pour laquelle vous ne fréquentez pas actuellement ou n'avez jamais fréquenté l’école ? | Diplômé / assez scolarisé 1Je me suis marié 2S'occuper des enfants 3Famille avait besoin d'aide pour la ferme, le bétail ou des affaires 4Impossible de payer les frais de scolarité 5Avait besoin de gagner de l'argent 6N'aimait pas l'école / ne voulait pas continuer 7N'a pas passé les examens 8Ecole non accessible / trop loin 9Les parents n’accordent pas d’intérêt à l'éducation des garçons 10Autre (préciser) 96Je ne sais pas 98 |  |
| **MI5c. Pour l'enquêteur: Vérifiez MI4:****A atteint niveau secondaire ou supérieur 🡪Passez à MI7****Jamais fréquenté l'école ou a fréquenté l'école primaire seulement 🡪MI6** |
| MI6. | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. **Montrez la carte à l'enquêté. Si l'enquêté ne peut lire toute la phrase, insistez:** Pouvez-vous lire une partie de la phrase?  | Ne peut pas lire du tout 1Peut lire seulement une partie de la phrase 2Peut lire toute la Phrase 3Pas de carte dans la Langue deL’enquêté 4*(préciser la langue)*Aveugle ou problèmes de vue 5 |  |
| MI7. | Quelle est votre religion? | Catholique 1Protestant/Autre Chrétiens 2Musulman 3Traditionnel 4Autre religion (préciser) 6Pas de religion/Païen 7 |  |
| MI8. | A quel groupe éthnique appartenez-vous ? | Groupe Ethnique 1 1Groupe Ethnique 2 2Groupe. Ethnique 3 3Autre. Groupe Ethnique (préciser) 6 |  |

## **MODULE PLANIFICATION FAMILIALE (MFP)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MFP1. | Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous êtiez mariés ?  | Oui, actuellement marié 1Oui, vit avec une femme 2Non, pas en union 3 |  |
| MFP2. | Avez-vous été marié ou vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois? | Seulement une fois ……………..........................................1Plus d’une fois……………………….....................................2Jamais été marié ou vécu avec une femme 3 | **🡪MFP4** |
| **Pour l'enquêteur: Vérifiez MFP1. Est-ce que l'homme est actuellement marié ou vit avec une femme comme s'il était marié?****OUI -> Passez à MFP2a****NON -> Passer à MFP3** |
| MPF2a | Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous êtiez mariés ?  | Oui (Plus d’une épouse) 1Non (Seulement une épouse) 2 |  |
| MFP3. | J'aimerais maintenant poser des questions sur votre (premier) (épouse / partenaire). En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle? | Mois \_\_\_ \_\_\_Ne connais pas le mois 98Année \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_Ne connais pas l’année 9998 |  |
| MFP4. | **VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.**  |
| MFP5. |  *Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.* *Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?*  | N’a jamais eu de rapports sexuels 8Age en années \_\_\_ \_\_\_Première fois quand il a commencé à vivre avec (première) femme / partenaire 95 | **🡪MFP14** |
| MFP6. | Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? *Si moins de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en jours, semaines ou mois. si 12 mois (une année) ou plus, la réponse doit être enregistrée en années.*  | Il y a des jours 1 \_\_\_ \_\_\_Il y a des semaines 2 \_\_\_ \_\_\_Il y a des mois 3 \_\_\_ \_\_\_Il y a des années 4 \_\_\_ \_\_\_ | **🡪MFP14** |
| MFP7. | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire aviez utilisé une méthode quelconque pour éviter ou prévenir une grossesse ?  | Oui 1Non 2 | **🡪MFP11** |
| MFP8. | Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ? *INSISTEZ: Est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode pour éviter une grossesse ?* **Ne pas suggérer de réponse. Enregistrez tout ce qui est mentionné.**  | Stérilisation Féminine AStérilisation Masculine BDIU CInjectables DImplants EPilule FPréservatif Masculin GPréservatif Féminin HDiaphragme IMousse / Gelée JMéthode de l’allaitement maternel et de l’aménorrhée (MAMA) KAbstinence périodique / Méthode du Rhythme LRetrait MAutre (préciser) X |  |
| MFP10. | Diriez-vous que l’utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (femme / partenaire), ou avez-vous décidé ensemble? | Principalement l’enquêté 1Principalement l’épouse/partenaire 2Décision commune 3Autre (préciser) 6 | **🡪MFP12****🡪MFP12****🡪MFP12****🡪MFP12** |
| MFP11. | Diriez-vous que le choix de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement la décision de votre (femme / partenaire), ou avez-vous décidé ensemble? | Principalement l’enquêté 1Principalement l’épouse/partenaire 2Décision commune 3Autre (préciser) 6 | **🡪MFP14****🡪MFP14****🡪MFP14****🡪MFP14** |
| **For the interviewer: Check MFP8. Was a male or female condom used (MFP8 is G and/or H)?****YES -> Proceed to MFP12****NO - > Skip to MFP14****Pour l'enquêteur: Vérifiez MFP8. Un préservatif masculin ou féminin a-t-il été utilisé (MFP8 est G et / ou H)?****OUI -> Continuer à MFP12****NON -> Passez à MFP14** |
| MFP12. | Vous avez dit qu'un préservatif avait été utilisé lors de votre dernier rapport sexuel.Diriez-vous que l’utilisation du préservatif est principalement votre décision, principalement celle de votre (épouse / partenaire), ou avez-vous décidé ensemble? | L’enquêté 1Son partenaire 2L’enquêté et son partenaire 3Ne sait pas 8 |  |
| MFP13. | D'où avez-vous ou votre partenaire obtenu le préservatif la dernière fois?Insistez pour identifier le type d’endroit.**Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type de source.****Si un hôpital, un centre de santé, un dispensaire ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_                  (NOM DE L’ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**Hôpital du Gouvernement 11Centre de santé du gouvernementt 12Dispensaire 13Clinique de planification familiale 14Clinique Mobile 15Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 17Autre secteur public (préciser) 16**SECTEUR MEDICAL PRIVE**Hôpital privé/clinique 21Pharmacie 22ONG 23Clinique Mobile 24Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 25Autre secteur médical privé *(préciser)* 26**AUTRES SOURCES**Distributeur Agréé de médicaments (ADDO) 31Centre de conseils et dépistage volontaire (CDV) 32Boutique/Kiosque/Marché 33Hôtel/Bar 34Ami/parents/voisin 35Autre (préciser) 96Ne sait pas 98 |  |
| MFP14. | Si vous le vouliez, pourriez-vous vous-même vous procurer un préservatif? | Oui 1Non 2 |  |
| MFP14a | Selon vous, quelle est la principale raison d'utiliser un préservatif? | Prévenir la grossesse 1 Prévenir les IST 2Prévenir la grossesse et les IST 3Ne sait pas 8 |  |
| MFP15. | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été visité par un agent de terrain? | Oui 1Non 2 | **🡪MFP17** |
| MFP16. | L'agent de terrain vous a-t-il parlé de planification familiale? | Oui 1Non 2 |  |
| MFP17. | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous visité un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même, votre femme / partenaire, vos enfants, ou à la fois pour vous-même et / ou votre femme / partenaire ou vos enfants? | Lui-même 1Son épouse/partnaire 2Son enfant 3Lui-même et sa femme/partenaire ou enfant 4Aucune visite dans un établissement de santé au cours des 12 derniers mois 5Quelqu’un d’autre 6 | **🡪MFP21a** |
| MFP18 | Au cours des 12 derniers mois, lorsque vous avez eu besoin de soins dans un établissement de santé, est-ce qu'un membre du personnel vous a parlé de méthodes de planification familiale ou de santé sexuelle et reproductive? | Oui 1Non 2 |  |
| MFP19. | Où êtes-vous allé la dernière fois quevous avez consulté un centre de santé?**Une seule réponse autorisée. Insistez pour identifier le type d’endroit.****Si un hôpital, un centre de santé, un dispensaire ou une clinique, inscrivez le nom du lieu ci-dessous:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NOM DE L’ENDROIT) | **SECTEUR PUBLIC**Hôpital National 21Hôpital régional 22Hôpital de district 23Centre de Santé 24Dispensaire 25Clinique Mobile 27Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 28Auttre secteur public (préciser) 26**SECTEUR PRIVE**Hôpital 31Centre de Santé 32DispensaIre 33Clinique 34Clinique Mobile 35Poste d’agent de terrain/d’agent de santé communautaire 37Autre secteur médical privé *(préciser)* 36Autre (préciser) 96 |  |
| MFP20. | **Pour l'enquêteur: Vérifiez MI2 et MFP18****L'homme a entre 15 et 24 ans et a reçu des soins pour lui-même ou pour son épouse / partenaire ou à la fois pour lui-même et pour son épouse / partenaire 🡪Continuez à MFP21****L'homme a> = 25 ans 🡪 Passez à MFP21a** |  |
| MFP21. | La dernière fois que vous avez cherché des soins pour vous-même ou votre épouse / partenaire dans un établissement de santé, avez-vous reçu des services pour:a) Méthodes de planification familiale?b) Prévention des IST ou du VIH?c) Soins prénatals?d) Soins d’accouchement?e) Soins postnatals?f) Autre (s) problème (s) de santé? |  Oui Nona) planification familiale 1 2b) Prévention des IST 1 2c) Soins prénatals 1 2d) Accouchement 1 2 e) Soins postnatals 1 2f) Autre 1 2 |  |
| MFP21a | **Pour l'enquêteur: Vérifiez MFP1. Est-ce que l'homme est actuellement marié ou vit avec une femme?****Oui 1🡪 Continuez à MDM22****Non 2🡪 Passez à MDM23** |
| MFP22 | Qui prend généralement les décisions concernant les soins de santé pour votre épouse / partenaire: vous, votre (épouse / partenaire), vous et votre (épouse / partenaire) conjointement, famille / parent, vous et famille / parent / conjointement, quelqu'un d'autre, ou vous et quelqu'un d'autre conjointement? | Enquêté 1Épouse/partenaire 2Enquête et épouse /partenaire ensemble 3Famille/parent 4Enquêté et Famille/parent ensemble 5Quelqu’un d’autre 6Enquêté et quelqu’un d’autre 7 |  |
| MFP23. | **Pour l'enquêteur: présence d’autres personnes durant cette section (MFP5-MFP14)** |  OUI NONEnfants < 10 ans 1 2 Homme Adultes 1 2 Femmes Adultes 1 2  |  |

## **IST/SIDA (HI)**

|  |  |
| --- | --- |
| HI1. | **CHECK FOR PRESENCE OF OTHERS. BEFORE CONTINUING, MAKE EVERY EFFORT TO ENSURE PRIVACY.****VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.**  |
| HI2. | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour le virus du SIDA ?  | Oui 1 Non 2 | **🡪DM1** |
| HI3. | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test de dépistage du virus du SIDA le plus récent ? *Si moins de 2 ans, enregistrez le nombre exact de mois. Si 2 ans ou plus, entrez 95* | Il y a des mois \_\_\_ \_\_\_Deux ans ou plus 95Ne sait pas 98 |  |
| HI4. | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous eu les résultats du test? | Oui 1 Non 2 |  |

## **ACTIVITE ET POUVOIR DE DECISION (MDM)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MDM1. | Maintenant, je veux vous poser des questions sur votre activité au cours des sept derniers jours.Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 7 derniers jours ?  | Oui 1Non 2 | **🡪MDM4** |
| MDM2. | Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, congé ou pour une autre raison ? | Oui 1Non 2 | **🡪MDM4** |
| MDM3. | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?  | Oui 1Non 2 | **🡪MDM5** |
| MDM4. | Êtes-vous payé en espèces ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?  | Espèces seulement 1Espèces et nature 2Nature seulement 3Pas payé 4 |  |
| MDM5. | Avez-vous de l’argent vous appartenant dont vous seul pouvez décider de l’utilisation? | Oui 1Non 2 | **🡪MDM7** |
| MDM6. | Qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?*Noter que cette question inclut toutes les formes de revenu que l’enquêté peut avoir, y compris l'argent gagné du travail rémunéré et / ou d'autres sources de revenu.***Inscrivez toutes les réponses.** | Enquêté AFemme / partenaire BMère CPère DBelle-mère EBeau-père FSœur GFrère HFille IFils JAncienne femme / partenaire KCopine actuelle LAncienne copine M Belle-mère NBeau-père OAutre parent/beau-parent de sexe féminin PAutre parent/beau-parent de sexe masculin QAmie / Connaissance RAmi / connaissance SEmployeur TAutre (préciser) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_XL’enquêté n'a pas d'argent Z |  |
| MDM7. | Avez-vous un compte bancaire ou un compte dans une. autre institution d'épargne en votre nom ou conjointement avec quelqu'un d'autre?**INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.** | Oui, en son propre nom AOui, compte joint BNon C | **🡪MDM9** |
| MDM8. | Est-ce que vous gerez vous-même le compte, c’est-à-dire, signez des chèques ou déposez et retirez de l’argent? | Oui 1Non 2 |  |
| MDM9. | Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?  | Oui 1Non 2 | **🡪MDM11** |
| MDM10. | Avez-vous un compte bancaire mobile (comme [insérer des exemples locaux ou des marques])? | Oui 1Non 2 |  |
| MDM11. | **Pour l'enquêteur: Vérifiez MFP1. Est-ce que l'homme est actuellement marié ou vit avec une femme?****Oui 1🡪 Continuez à MDM12****Non 2🡪 Passez à MA1** |
| MDM12. | Maintenant, je veux vous poser des questions sur l’activité (de votre épouse / partenaire) au cours des sept derniers jours.Mis à part les travaux ménagers, votre (épouse / partenaire) a-t-elle effectué un travail au cours des 7 derniers jours? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | **🡪MDM15** |
| MDM13. | Comme vous le savez, certaines femmes occupent des emplois pour lesquels elles sont rémunérées en espèces ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite entreprise ou travaillent dans la ferme familiale ou dans l'entreprise familiale.Au cours des sept derniers jours, votre (épouse / partenaire) a-t-elle fait l'une de ces choses ou un autre travail? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | **🡪MDM15** |
| MDM14. | Votre (épouse / partenaire) a-t-elle effectué un travail au cours des 12 derniers mois? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  |
| MDM15. | Qui décide habituellement de la manière dont les revenus de votre (épouse / partenaire) seront utilisés: vous, votre (épouse / partenaire), ou vous et votre (épouse / partenaire) conjointement? | Enquêté 1 Epouse/partenaire 2Enquêté et épouse/partenaire conjointement 3Epouse/partnenaire n’a pas de revenu 4 Autre (préciser)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_6 |  |
| MDM16. | Votre (épouse / partenaire) a-t-elle un compte bancaire ou un compte dans une autre institution d'épargne en son propre nom ou conjointement avec quelqu'un d'autre?**ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.** | Oui, en son nom A Oui, compte joint BNon CNe sait pas D | **🡪MA1****🡪MA1** |
| MDM17. | Est-ce que votre (épouse / partenaire) gère le compte, c’est-à-dire signez des chèques ou déposez et retirez de l’argent? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  |

## **OPINIONS ET ATTITUDES de l’homme (MA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MA1. | À votre avis, un mari / partenaire devrait-il accompagner son épouse / partenaire lors d'une visite de soins prénatals si elle est enceinte? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  |
| MA2. | À votre avis, un mari / partenaire devrait-il accompagner son épouse / partenaire pour l'accouchement? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 | 🡪MA4🡪MA4 |
| MA3. | À votre avis, un mari / partenaire devrait-il être présent dans la salle d'accouchement pendant le travail ou l'accouchement de son épouse / partenaire? | Oui 1Non 2Ne sait pas 8 |  |
| MA4. | Je vais maintenant vous lire quelques déclarations sur la grossesse. S'il vous plaît dites-moi si vous êtes d'accord ou pas d’accord avec eux.a) La grossesse concerne uniquement les femmes et le père n’a pas besoin de s’impliquer.b) Il est essentiel pour la santé de la mère et de l'enfant que la femme soit assistée par un médecin ou une infirmière lors de l'accouchement. |  D’accord D’accord NSP a) La grossesse est une préoccupation de la femme 1 2 8b) l'assistance des médecins et infirmièresest essentielle ….. 1 2 8 |  |
| MA5. | Pensez-vous que l’épouse/partenaire d’un homme devrait généralement être autorisée à se rendre seule aux endroits suivants, uniquement si quelqu'un l’accompagne, ou pas du tout?Au marché local pour acheter des choses?À un centre de santé ou chez un médecin local?Au centre communautaire ou à un autre lieu de rencontre à proximité?Aux domiciles d'ami(e)s dans le quartier?À un sanctuaire / mosquée / temple / église proche?Juste à l'extérieur de sa maison ou de sa propriété? |  Seule Jamais Pas du Seule toutMarché 1 2 3 Centre de Santé 1 2 3Centre communautaire 1 2 3Domicile ami(e)s 1 2 3Lieu de culte 1 2 3En dehors de la maison 1 2 3 |  |
| MA6. | Dans un couple, qui devrait selon vous avoir le pouvoir de décision pour chacune des décisions suivantes: le mari, l'épouse ou les deux à égalité:a) faire des achats importants pour le ménage?b) faire des achats pour les besoins quotidiens du ménage?c) vendre la volaille appartenant au ménage (par exemple du poulet, de la dinde et des canards)?d) vendre du bétail, des troupeaux et / ou d’autres animaux de ferme appartenant au ménage (par exemple, chèvres, moutons, bovins, porcins, ânes)e) décider de rendre visite à la famille ou aux proches de la femme?f) décider combien d’enfants à avoir et quand? |  Mari Femme Les deuxa) Achats importants pour le ménage 1 2 8b)Besoins quotidiens du ménage 1 2 8c) Vente volaille 1 2 8d) Vente bétail 1 2 8e) Visite à la famille ou aux proches 1 2 8f) Nombre et quand avoirles enfants 1 2 8 |  |
| MA7. | Je vais maintenant vous lire quelques déclarations sur la contraception. S'il vous plaît dites-moi si vous êtes d'accord ou en désaccord avec chacun.a) La contraception concerne uniquement les femmes et un homme ne devrait pas avoir à s’en inquiéter.b) Les femmes qui utilisent une méthode de contraception peuvent montrer de la promiscuité. | Contraception est une préoccupation de la femmeFemme peut être infidèle/ avoir vie de débauche  | D’accord11 | Pas D’accord22 | NSP88 |  |
| MA8. | Parfois, un mari est irrité ou fâché par les choses que sa femme fait. Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : * Si elle sort sans le lui dire?
* Si elle néglige les enfants?
* Si elle argumente avec lui ?
* Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?
* Si elle brûle la nourriture?
* Si elle refuse de donner l'argent qu'elle a gagné à son mari / partenaire?
* Si elle utilise un moyen de contraception sans en informer son mari / partenaire?
 |  Oui Non NSPSort sans lui dire …..………………..1 2 8Néglige les enfants ...…………………1 2 8Argumente………… …………………1 2 8Refuse rapports sexuels 1 2 8Brûle la nourriture …………………1 2 8Gagne de l’argent ……………………1 2 8Utilise la contraception ………………1 2 8 |  |
| MA9. | Dans votre communauté, pensez-vous qu'une femme a le droit de refuser d'avoir des rapports sexuels avec:* Son mari?
* D'autres partenaires?
 |  Oui Non NSPMari……….……………………………1 2 8 D'autres partenaires…… ……………1 2 8 |  |
| MA10. | Pensez-vous que si une femme refuse d'avoir des relations sexuelles avec son mari / partenaire quand il le souhaite, il a le droit de:a) se mettre en colère et la réprimander?b) refuser de lui donner de l'argent ou d'autres moyens de subsistance?c) Utiliser la force et avoir des relations sexuelles avec elle même si elle ne veut pas?d) avoir des relations sexuelles avec une autre femme? |   Oui Non NSP/Dépend a) En colère 1 2 8b) Refuser de l’argent 1 2 8c) Forcer rapports sexuels 1 2 8d) Avoir rapports sexuels avec une autre femme 1 2 8 |  |

## **OBSERVATIONS sur le QUESTIONNAIRE homme (OM)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| OM1. | Langue de l’interview | Langue 1 1Langue 2 2Langue 3 3Langue 4 4Langue 5 5Autre langue (préciser) 6 |
| OM2. | Un traducteur a-t-il été utilisé pour une partie quelconque de ce questionnaire? | Oui, questionnaire complet 1Oui, une partie du questionnaire 2Non, pas utilisé 3 |
| OM3. | POUR ENQUETEUR: Enregistrez tous les commentaires ou observations concernant cet entretien: |
| OM4. | POUR LE SUPERVISEUR: Notez tous les commentaires ou observations pour cet entretien: |

**REMERCIER L’ENQUETE**

**FIN DU QUESTIONNAIRE HOMME**