

## ENQUETE DE BASE DANS LES COMMUNES DE CONVERGENCE DU SYSTÈME DES NATIONS UNIES

# QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

COMMUNE	GRAPPE	N°EQUIPE	N°MENAGE	N° ORDRE DE LA FEMME ELIGIBLE
			/ / / /	/ / / /
/ / / /	/ / / /	/ / / /	(NOMCM)	
<b>CRITERE(S) D'ELIGIBILITE DE LA FEMME :</b>				1. Oui 2. Non
a. Mère d'enfant de moins de 5 ans .....				_
b. Gardienne d'enfant de moins de 5 ans .....				_
c. Enceinte.....				_

I. SANTE DE LA MERE (FEMMES ELIGIBLES MERES)		
SD1A. COMBIEN DE FOIS ETES-VOUS TOMBEE EN GROSSESSE ?		/ / /
SD1B. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS ACCOUCHE D'UN ENFANT NE VIVANT (AYANT MANIFESTE UN SIGNE QUELCONQUE DE VIE A LA NAISSANCE) ?		/ / /
SD2A. QUEL AGE AVIEZ-VOUS A LA NAISSANCE DE VOTRE PREMIER ENFANT ?	(EN ANNEES REVOLUES)	/ / /
SD2B. QUEL EST L'AGE (EN MOIS) DE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT ?	Reporter l'identifiant du plus jeune enfant / / / / MOIS (Si l'enfant n'est pas dans le même ménage, mettre 99)	/ / / /
SD3. POUR VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS FAIT DES CONSULTATIONS PRENATALES (CPN) ?	1. Oui 2. Non [Si Non → SD9]	_
SD4. SI OUI COMBIEN DE FOIS ?	1. Une seule fois 2. Deux à trois fois 3. Quatre fois et plus 8. NSP	_
SD5. PAR QUEL TYPE DE PERSONNEL DE SANTE AVEZ-VOUS ETE CONSULTEE ?	1. Médecin 2. Infirmière /sage-femme 3. Accoucheuse traditionnelle/Matronne 4. Agent de santé communautaire 8. NSP Autre (préciser).....5	_
(NE PAS LIRE LES MODALITES)	1. OUI 2. NON	
	a. Réception de moustiquaires imprégnées	_
	b. Supplémentation en fer (pour prévenir l'anémie)	_
	c. SP/Sulfadoxine (pour prévenir le paludisme)	_
SD6. DE QUEL TYPE DE SERVICES AVEZ-VOUS BENEFICIE AU COURS DES CPN ?		



	<b>d.</b> Vaccin antitétanique	/__/
	<b>e.</b> Déparasitage (médicaments contre vers intestinaux)	/__/
	<b>f.</b> Conseil VIH	/__/
	<b>g.</b> Dépistage volontaire du VIH	/__/
<b>SD7.</b> COMMENT APPRECEZ-VOUS L'ACCUEIL QUI VOUS A ETE RESERVE AU NIVEAU DE LA FORMATION SANITAIRE ?	1. Bon 2. Moyen 3. Mauvais	/__/
<b>SD8.</b> COMMENT APPRECEZ-VOUS LA QUALITE DES SOINS DONT VOUS AVEZ BENEFICIE AU COURS DES CPN ? <i>[SI RENSEIGNE, ALLER SD10]</i>	1. Bonne 2. Moyenne 3. Mauvaise	/__/
<b>SD9.</b> SI NON A <b>SD3</b> , QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON?	01. Indisponibilité du service 02. Éloignement du centre de santé 03. Mauvais accueil dans le service 04. Faible qualité du service 05. Manque de moyen de transport 06. Frais de soins 07. Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle 08. Pas de permission d'y aller 09. Crainte que le prestataire ne soit pas une femme 10. Ignorance 11. Autre (préciser) : _____	/__/_/
<b>SD10.</b> OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE ?	1. Dans notre maison 2. Dans une autre maison 3. Dans un hôpital 4. Dans une maternité 5. Dans un CSI 6. Dans une case de santé 7. Dans une clinique 8. Autre (préciser) : _____	/__/
<b>SD11.</b> QUI VOUS A ASSISTE DURANT VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT?	1. Médecin 2. Infirmière /sage-femme 3. Accoucheuse traditionnelle/matrone 4. Agent de sante communautaire 5. Parents/amis 6. Autre (préciser) : _____	/__/



<p><b>SD12.</b> SI ACCOUCHEMENT A DOMICILE (<b>SD10=1</b> ou <b>sd10=2</b>) QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON ?</p>	<p>01. Indisponibilité du service                  02. Éloignement du centre de santé                  03. Mauvais accueil dans le service                  04. Vétusté de la salle d'accouchement                  05. Manque de moyen de transport                  06. Frais de soins                  07. Préférence pour l'accoucheuse traditionnelle                  08. Pas de permission d'y aller                  09. Crainte que le prestataire ne soit pas une femme                  10. Ignorance                  11. Surprise par l'accouchement                  12. Travail long                  13. Crainte de la césarienne                  Autre (préciser) : _____</p>	<p>/ _ /</p>
<p><b>SD13.</b> POUR VOTRE DERNIER ACCOUCHEMENT, AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN CONTROLE MEDICAL OU CONSULTATIONS POSTNATALES APRES VOTRE ACCOUCHEMENT ?</p>	<p>1. Oui                  2. Non [<i>Si Non → Module suivant</i>]</p>	<p>/ _ /</p>
<p><b>SD14.</b> SI OUI, COMBIEN DE JOURS APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS BENEFICIE D'UN CONTROLE MEDICAL ?</p>	<p>/ _ /</p>	

**II. ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)**

<p><b>AM1.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE [NOM] VOTRE PLUS JEUNE ENFANT/ENFANT GARDE ?</p>	<p>1. Oui                  2. Non [<i>Si Non → AM.7</i>]</p>	<p>/ _ /</p>
<p><b>AM2.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE DE [NOM] L'AVEZ-VOUS MIS AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p>	<p>1. Immédiatement (moins d'une heure)                  2. 1-24 heures                  3. Plus de 24 heures                  8. NSP</p>	<p>/ _ /</p>
<p><b>AM3.</b> DANS LES TROIS PREMIERS JOURS APRES LA NAISSANCE DE [NOM], A-T-IL REÇU AUTRE CHOSE A BOIRE QUE LE LAIT MATERNEL ?</p>	<p>1. Oui                  2. Non [<i>Si Non → AM.5</i>]                  8. NSP [<i>Si NSP → AM.5</i>]</p>	<p>/ _ /</p>
<p><b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b></p>	<p>1=OUI                  2=NON</p>	
<p><b>AM4.</b> SI OUI QU'A TON DONNE A BOIRE A L'ENFANT ?</p>	<p>a. Lait autre que le lait maternel                  b. Eau/Zamzam                  c. Eau sucrée ou eau glucosée                  d. Infusion calmante pour les coliques                  e. Solution d'eau salée sucrée                  f. Jus de fruits                  g. Lait en poudre pour bébé                  h. Infusions                  i. Miel/Dattes                  j. Autre (précisez) : _____</p>	<p>/ _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /                  / _ /</p>



<b>AM.5</b> JUSQU'A COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE VOTRE ENFANT N'A REÇU QUE DU LAIT MATERNEL ET REIN D'AUTRE?	1. Moins d'un mois 2. Entre 1 et 3 mois 3. Entre 4 et 5 mois 4. 6 mois ou plus	/__ /																												
<b>AM.6</b> A-T-IL BU QUELQUE CHOSE AU BIBERON HIER OU LA NUIT DERNIERE?	1. Oui 2. Non 8. NSP	/__ /																												
<b>Si l'enfant est toujours allaité (ou sera allaité)</b> <b>AM.7A</b> A QUEL AGE COMPTÉZ-VOUS ARRÊTER DE L'ALLAITER ?	/__ /__ / (en mois)  (Inscrire 88 si NSP)																													
<b>Si l'enfant n'est plus allaité</b> <b>AM.7B</b> A QUEL AGE AVEZ-VOUS ARRÊTE DE L'ALLAITER ?	/__ /__ / (en mois)  (Inscrire 88 si NSP)																													
<b>AM.7C.</b> SI L'ENFANT N'A JAMAIS ETE ALLAITE	/__ /__ / INSCRIRE 99 ET PASSER A AM9																													
<b>AM.8.</b> QUI PREND LA DECISION D'ARRÊTER D'ALLAITER L'ENFANT ?	1. Elle-même 2. Son mari 3. Elle et son mari 4. Sa mère/belle-mère	/__ /																												
Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que votre plus jeune enfant a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais en particulier savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres aliments.		1. Oui 2. Non 8. NSP																												
<b>AM.9</b> EST-CE QUE L'ENFANT A BU OU MANGE :	<table border="1"> <tr><td>a. Eau</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>b. Jus ou boissons à base de jus</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>c. Bouillon</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>d. Autre lait que le lait maternel</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>e. D'autres liquides</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>f. Yaourt</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>g. Une préparation (comme Misola ou CERELAC)</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>h. Pain, riz, des pattes, bouillie ou autre préparations à base de céréales</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>i. Des carottes, courges</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>j. Des pommes de terre, ignames, manioc, patate douce ou préparations à base de tubercules</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>k. Des légumes à feuilles vertes foncées (feuilles d'oseille, de choux, de moringa)</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>l. Des mangues, papayes mûres</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>m. D'autres fruits ou légumes</td><td>/__ /</td></tr> <tr><td>n. Du foie, rognon, cœur ou autres abats</td><td>/__ /</td></tr> </table>	a. Eau	/__ /	b. Jus ou boissons à base de jus	/__ /	c. Bouillon	/__ /	d. Autre lait que le lait maternel	/__ /	e. D'autres liquides	/__ /	f. Yaourt	/__ /	g. Une préparation (comme Misola ou CERELAC)	/__ /	h. Pain, riz, des pattes, bouillie ou autre préparations à base de céréales	/__ /	i. Des carottes, courges	/__ /	j. Des pommes de terre, ignames, manioc, patate douce ou préparations à base de tubercules	/__ /	k. Des légumes à feuilles vertes foncées (feuilles d'oseille, de choux, de moringa)	/__ /	l. Des mangues, papayes mûres	/__ /	m. D'autres fruits ou légumes	/__ /	n. Du foie, rognon, cœur ou autres abats	/__ /	
a. Eau	/__ /																													
b. Jus ou boissons à base de jus	/__ /																													
c. Bouillon	/__ /																													
d. Autre lait que le lait maternel	/__ /																													
e. D'autres liquides	/__ /																													
f. Yaourt	/__ /																													
g. Une préparation (comme Misola ou CERELAC)	/__ /																													
h. Pain, riz, des pattes, bouillie ou autre préparations à base de céréales	/__ /																													
i. Des carottes, courges	/__ /																													
j. Des pommes de terre, ignames, manioc, patate douce ou préparations à base de tubercules	/__ /																													
k. Des légumes à feuilles vertes foncées (feuilles d'oseille, de choux, de moringa)	/__ /																													
l. Des mangues, papayes mûres	/__ /																													
m. D'autres fruits ou légumes	/__ /																													
n. Du foie, rognon, cœur ou autres abats	/__ /																													



	<b>o.</b> De la viande de bœuf, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard	/__
	<b>p.</b> Des œufs	/__
	<b>q.</b> Du poisson frais ou séché ou des crustacés	/__
	<b>r.</b> N'importe quelle préparation à base de haricot, pois, lentilles, niébé, arachide ou noix	/__
	<b>s.</b> Du fromage ou d'autres aliments à base de lait	/__
	<b>t.</b> N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous	/__

III. NUTRITION (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)		
<b>N1.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A-T-IL SOUFFERT DE MALNUTRITION?  <i>La malnutrition se caractérise par des signes comme les œdèmes, perte de poids ou amaigrissement, perte d'appétit, perte d'énergie, peaux sèche, cheveux sec, ventre ballonné etc.</i>  <i>(Si plusieurs enfants, considérez le cas le plus récent)</i>	1. Oui 2. Non <b>[Si Non →Module suivant]</b> 8. NSP <b>[Si NSP →Module suivant]</b>	/__
<b>N2.</b> SI OUI AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT?	1. Ou 2. Non <b>[Si Non →N5]</b>	/__
		1=OUI 2=NON
<b>N3.</b> SI OUI, AUPRES DE QUI ?	a. Personnel de santé (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulatant d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre personne (préciser) : _____	/__ /__ /__ /__ /__
<b>N4.</b> OU ETES-VOUS ALLEE EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	1. Formation sanitaire (hôpital, CSI, CS, clinique...) 2. Guérisseur traditionnel 3. Pharmacie par terre/vendeur ambulatant 4. Amis/membres de la famille 5. Relais communautaires 6. Autre endroit (préciser) ; _____	/__
<b>N5.</b> si N2=2 (Non), QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA MALNUTRITION?	1. Indisponibilité du service 2. Éloignement du centre de santé 3. Mauvais accueil dans le service 4. Faible qualité du service 5. Manque de moyen de transport 6. Frais de soins 7. Pas de permission d'y aller 8. Ignorance 9. Autre (préciser) _____:	/__
<b>N6.</b> L'ENFANT, A-T-IL BENEFCIE D'UNE DOSE DE VITAMINE A AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	1. Oui 2. Non 8. NSP	/__



<b>N7.</b> L'ENFANT, A-T-IL BENEFICIE DE MEDICAMENTS CONTRE LES VERS INTESTINAUX AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS	1. Oui 2. Non 8. NSP	/_/_
---	----------------------------	------

<b>IV. SANTE DES ENFANTS (MORBIDITE) (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)</b>		
<b>SE1.</b> EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS DE MOINS DE 5 ANS A EU LA DIARRHEE AU COURS DES DEUX DERNIERES SEMAINES ?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non →SE10]</b> 8. NSP <b>[Si NSP → SE10]</b>	/_/_
<b>SE2.</b> SI OUI, Y AVAIT-IL DU SANG DANS LES SELLES ?	1. Oui 2. Non	/_/_
<b>SE3.</b> QUELLE QUANTITE DE LIQUIDES (Y COMPRIS LE LAIT MATERNEL) A ETE DONNEE A L'ENFANT PENDANT LA DIARRHEE ?  C'EST-A-DIRE : LUI A-TON DONNE A BOIRE PLUS OU MOINS OU ENVIRON LA MEME QUANTITE QUE D'HABITUDE ? SI MOINS QUE D'HABITUDE INSISTER POUR SAVOIR SI ON LUI A DONNE UN PEU MOINS OU BEAUCOUP MOINS.	1. Beaucoup Moins que d'habitude 2. Un peu Moins que d'habitude 3. Environ la même quantité 4. Plus que d'habitude 5. Rien à boire 8. NSP	/_/_
<b>SE4.</b> QUELLE QUANTITE A MANGER A ETE DONNEE A L'ENFANT PENDANT LA DIARRHEE ?  C'EST-A-DIRE : LUI A-TON DONNE A BOIRE PLUS OU MOINS OU ENVIRON LA MEME QUANTITE QUE D'HABITUDE ? SI MOINS QUE D'HABITUDE INSISTER POUR SAVOIR SI ON LUI A DONNE UN PEU MOINS OU BEAUCOUP MOINS.	1. Beaucoup Moins que d'habitude 2. Un peu Moins que d'habitude 3. Environ la même quantité 4. Plus que d'habitude 5. A arrêté de se nourrir 6. N'a jamais donné à manger 8. NSP	/_/_
<b>SE5.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA DIARRHEE ?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non →SE8]</b>	/_/_
<b>SE6.</b> SI OUI, AUPRES DE QUI ?	1. Oui 2. NON	/_/_
	a. Personnel de santé (hôpital, CSI, CS, clinique) b. Guérisseur traditionnel c. Pharmacie par terre/vendeur ambulat d. Amis/membres de la famille e. Relais communautaires f. Autre endroit (préciser).....	/_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_
<b>SE7.</b> OU ETES-VOUS ALLEZ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?	1. Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique) 2. Guérisseur traditionnel 3. Pharmacie par terre/vendeur ambulat 4. Amis/membres de la famille 5. Relais communautaires 6. Autre endroit (préciser) : _____	/_/_



<p><b>SE8.</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA DIARRHÉE?</p>	<p>01. Indisponibilité du service                  02. Éloignement du centre de santé                  03. Mauvais accueil dans le service                  04. Faible qualité du service                  05. Manque de moyen de transport                  06. Frais de soins                  07. Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle                  08. Pas de permission d'y aller                  09. Ignorance                  10. Autre (préciser) : _____</p>	<p>/ / /</p>
<p><b>SE9.</b> DURANT LE DERNIER ÉPISODE DE DIARRHÉE, QU'EST-CE QUE VOUS AVEZ DONNÉ À L'ENFANT POUR TRAITER LA DIARRHÉE ?</p>	<p>a. Sachet SRO                  b. Eau salée sucrée recommandée par le service de santé                  c. Antibiotique                  d. Zinc                  e. Antiparasitaire                  f. Comprimé ou sirop inconnu                  g. Médicament traditionnel (herbes...)                  h. Rien                  i. Autres (préciser) : _____</p>	<p>1. OUI                  2. NON</p> <p>/ /                  / /                  / /                  / /                  / /                  / /                  / /                  / /</p>
<p><b>SE10.</b> EST-CE QU'UN DE VOS ENFANTS A ÉTÉ MALADE DE LA TOUX AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES?</p>	<p>1. Oui                  2. Non <b>[Si Non →Module suivant]</b></p>	<p>/ /</p>
<p><b>SE11.</b> EST-CE QUE L'ENFANT AVAIT DES DIFFICULTÉS POUR RESPIRER?</p>	<p>1. Oui                  2. Non</p>	<p>/ /</p>
<p><b>SE12.</b> AU COURS DE LA PÉRIODE PENDANT LAQUELLE IL SOUFFRAIT DE TOUX, A-T-IL EU DE LA FIEVRE ?</p>	<p>1. Oui                  2. Non</p>	<p>/ /</p>
<p><b>SE13.</b> AVEZ-VOUS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA TOUX?</p>	<p>1. Oui                  2. Non <b>[Si Non →SE17]</b></p>	<p>/ /</p>
<p><b>SE14.</b> SI OUI, AUPRES DE QUI ?</p>	<p>a. Personnel de santé (hôpital, CSI, CS, clinique)                  b. Guérisseur traditionnel                  c. Pharmacie par terre/vendeur ambulancier                  d. Amis/membres de la famille                  e. Relais communautaires                  f. Autre endroit (préciser).....</p>	<p>1. OUI                  2. NON</p> <p>/ /                  / /                  / /                  / /                  / /                  / /</p>
<p><b>SE15.</b> OU ÊTES-VOUS ALLÉ EN PREMIER POUR RECHERCHER DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT ?</p>	<p>1. Centre de santé (hôpital, CSI, CS, clinique...)                  2. Guérisseur traditionnel                  3. Pharmacie par terre/vendeur ambulancier                  4. Amis/membres de la famille                  5. Relais communautaires                  6. Autre endroit (préciser) ; _____</p>	<p>/ /</p>
<p><b>SE16.</b> DURANT LE DERNIER ÉPISODE DE TOUX ET DE FIEVRE, QU'AVEZ-VOUS DONNÉ À L'ENFANT COMME TRAITEMENT ?</p>	<p>a. médicaments antipaludéens                  b. coartem                  c. autres antipaludéens                  d. antibiotiques</p>	<p>1. OUI                  2. NON</p> <p>/ /                  / /                  / /                  / /</p>



	e. amoxicilline f. autres antibiotiques g. autres médicaments h. paracétamol i. aucun médicament j. NSP	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>
<b>SE17.</b> SI SD13=2, QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS RECHERCHE DES CONSEILS OU UN TRAITEMENT POUR LA TOUX ET LA FIEVRE?	01. Indisponibilité du service 02. Éloignement du centre de santé 03. Mauvais accueil dans le service 04. Faible qualité du service 05. Manque de moyen de transport 06. Frais de soins 07. Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle 08. Pas de permission d'y aller 09. Ignorance 10. Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/>

**V. LAVAGE DES MAINS (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)**

		1. OUI 2. NON
<b>LM1.</b> A QUEL MOMENT VOUS VOUS LAVEZ LES MAINS HABITUELLEMENT?	a. avant de préparer à manger	<input type="checkbox"/>
	b. Avant de préparer à manger pour les enfants	<input type="checkbox"/>
	c. Avant de nourrir les enfants	<input type="checkbox"/>
	d. Après avoir mangé	<input type="checkbox"/>
	e. Après avoir été aux toilettes	<input type="checkbox"/>
	f. Après avoir nettoyé un enfant qui a déféqué	<input type="checkbox"/>
<b>LM2.</b> QU'EST-CE QUE VOUS UTILISEZ POUR VOUS LAVER LES MAINS ?	1. Eau simple 2. Eau+sable+cendre 3. Eau+savon 4. Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/>

**VI. VACCINATION DES ENFANTS (FEMMES ELIGIBLES MERES/GARDIENNES)**

<b>V1.</b> EST-CE QUE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT A UN CARNET DE VACCINATION?	1. Ou 2. Non 8. NSP	<input type="checkbox"/>
<b>V2.</b> EST-CE QUE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT A DEJA REÇU DES VACCINS POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES, Y COMPRIS DES VACCINS REÇUS LE JOUR D'UNE CAMPAGNE NATIONALE DE VACCINATION?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non → V6]</b> 8. NSP <b>[Si NSP → V7]</b>	<input type="checkbox"/>
<b>V3.</b> EST-CE QUE VOTRE PLUS JEUNE ENFANT A REÇU LE DT/COQ/PENTAVALENT, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION FAITE A LA CUISSE OU A LA FESSE, PARFOIS DONNE EN MEME TEMPS QUE LES GOUTTES POUR LA POLIO?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non → V5]</b> 3. NC (Si moins de 6 semaines <b>[Si NC → V5]</b> ) 8. NSP <b>[Si NSP → V5]</b>	<input type="checkbox"/>





<p><b>V4.</b> SI OUI, COMBIEN DE FOIS LE VACCIN DU DTCOQ/PENTAVALENT A ETE DONNE?</p>	<p>/___/ (mettre 8 si NSP)</p>	
<p><b>V5.</b> EST-CE QUE L'ENFANT A REÇU LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE OU LE VAR OU LE ROR, C'EST-A-DIRE UNE INJECTION DANS LE BRAS A L'AGE DE 9 MOIS OU PLUS TARD, POUR LUI EVITER LA ROUGEOLE?</p>	<p>1. Oui <b>[Si Non →V7]</b>                  2. Non <b>[Si Non →V6]</b>                  3. NC (si moins de 9 mois) <b>[Si Non →V7]</b>                  8. NSP <b>[Si Non →V7]</b></p>	<p>/___/</p>
<p><b>V6.</b> SI NON A V2 OU AV5, POURQUOI L'ENFANT N'A PAS REÇU LE DTCOQ/PENTAVALENT OU LE VACCIN CONTRE LA ROUGEOLE (VAR OU ROR) OU MEME AUCUN VACCIN POUR LUI EVITER DE CONTRACTER DES MALADIES?</p>	<p>01. Indisponibilité du service                  02. Éloignement du centre de santé                  03. Mauvais accueil dans le service                  04. Faible qualité du service                  05. Manque de moyen de transport                  06. Frais de soins                  07. Préférence pour la médecine/pharmacopée traditionnelle                  08. Pas de permission d'y aller                  09. Ignorance                  10. Autre (préciser) : _____</p>	<p>/___/</p>
<p>IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE.  <b>(NE PAS CITER LES MODALITES)</b></p> <p><b>V7.</b> QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A EMMENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</p>		<p>1. Oui                  2. Non</p>
	<p>a. Enfant incapable de boire ou de têter</p>	<p>/___/</p>
	<p>b. Etat de l'enfant s'aggrave</p>	<p>/___/</p>
	<p>c. Enfant devient fiévreux</p>	<p>/___/</p>
	<p>d. Enfant respire rapidement</p>	<p>/___/</p>
	<p>e. Enfant a des difficultés pour respirer</p>	<p>/___/</p>
	<p>f. Enfant a du sang dans les selles</p>	<p>/___/</p>
	<p>g. Enfant boit difficilement</p>	<p>/___/</p>
	<p>h. Enfant fait la diarrhée</p>	<p>/___/</p>
	<p>i. Enfant fait des vomissements</p>	<p>/___/</p>
<p>j. Enfant léthargique ou inconscient</p>	<p>/___/</p>	
<p>K. Enfant fait des convulsions</p>	<p>/___/</p>	
<p>l. Autre : _____</p>	<p>/___/</p>	

<p><b>VII. UTILISATION DE LA MOUSTIQUAIRE IMPREGNEE (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)</b></p>		
<p><b>MI1.</b> EST CE QUE VOTRE MENAGE DISPOSE D'UNE MOUSTIQUAIRE?</p>	<p>1. Oui                  2. Non <b>[Si Non →Module suivant]</b></p>	<p>/___/</p>
<p><b>MI2.</b> SI OUI, DE QUEL TYPE DE MOUSTIQUAIRE VOTRE MENAGE</p>		<p>1. Oui                  2. Non</p>



DISPOSE ?	a. Imprégnée longue durée..... b. Autre type de moustiquaire imprégnée..... c. Simple..... d. NSP.....	/_/_ /_/_ /_/_ /_/_
<b>MI3.</b> EST-CE QUE LA NUIT DERNIERE UN DES MEMBRES DE VOTRE MENAGE A DORMI SOUS UNE MOUSTIQUAIRE?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non →MI5]</b> 8. NSP <b>[Si NSP →MI5]</b>	/_/_
<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b>		1. Oui 2. Non 3. NC
<b>MI4.</b> SI OUI, QUI?	a. Tous les enfants de moins de 5 ans..... b. Le plus jeune enfant de moins de 5 ans..... c. La femme enceinte..... d. Les autres membres du ménage..... f. Tout le ménage.....	/_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_
<b>MI5. SI MI3=2 (Non),</b> QUELLE EST LA PRINCIPALE RAISON POUR LAQUELLE VOUS N'AVEZ PAS UTILISE DE MOUSTIQUAIRE?	1. Ne pense pas que c'est nécessaire 2. N'est pas à l'aise 3. Négligence 4. Ignorance 5. Autres (à préciser) : _____	/_/_

**VIII. VIE COMMUNAUTAIRE (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)**

<b>VC.1 AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS SUR LA SANTE ET L'ALIMENTATION DES ENFANTS</b> (c'est-t-dire la promotion de l'allaitement maternel exclusif, alimentation de complément, le lavage des mains au savon ou la prise en charge des maladies de l'enfant) AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS ?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non → VC.3]</b>	/_/_
<b>VC.2</b> SI OUI, QUI VOUS A DONNES CES CONSEILS?	a. Relais communautaires b. Groupements féminins c. Leaders traditionnels et religieux d. Matrones e. Enseignants f. Agents de santé communautaire g. animateurs de radio communautaire h. Autres (préciser) : _____	/_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_ /_/_
<b>VC.3</b> DANS VOTRE COMMUNAUTE QUELLES SONT LES PERSONNES AUX QUELLES VOUS FAITES CONFIANCE		1. Oui 2. Non



POUR DISCUTER DES QUESTIONS RELATIVES A LA SANTE DES FEMMES ET DES ENFANTS?	<b>a.</b> Mère <b>b.</b> Belle-mère <b>c.</b> Mari <b>d.</b> Autre parent <b>e.</b> Agent de santé <b>f.</b> Relais <b>g.</b> Chefs traditionnels <b>h.</b> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<b>VC.4</b> DANS VOTRE COMMUNAUTE QUELLES SONT LES CANAUX DE COMMUNICATION QUE VOUS PREFEREZ POUR LES RENSEIGNEMENTS RELATIFS A LA SANTE DE LA MERE ET DE L'ENFANT?		1. Oui 2. Non
	<b>a.</b> Radio <b>b.</b> Télé <b>c.</b> Relais <b>d.</b> Service de santé <b>e.</b> Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**IX. CONNAISSANCES, ATTITUDES ET PRATIQUES VIH/SIDA (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)**

<b>CAP.1</b> AVEZ- VOUS ENTENDU PARLER DU VIH-SIDA ?	1. Oui 2. Non <b>[Si Non →Module suivant]</b>	<input type="checkbox"/>
<b>CAP.2</b> <b>SI OUI</b> , PAR QUEL CANAL OU PAR QUI AVEZ-VOUS ENTENDU PARLER DU VIH-SIDA ?		1. Oui 2. Non
	a. Médias (radio, télévision, journaux)	<input type="checkbox"/>
	b. Brochures sur les IST et le SIDA	<input type="checkbox"/>
	c. Affiches/panneaux publicitaires	<input type="checkbox"/>
	d. Formations sanitaires	<input type="checkbox"/>
	e. ONG	<input type="checkbox"/>
	f. Secouriste/matrone	<input type="checkbox"/>
	g. Comité de ville/village	<input type="checkbox"/>
	h. Écoles	<input type="checkbox"/>
	i. Mosquées/Églises	<input type="checkbox"/>
	j. Marché	<input type="checkbox"/>
	k. Vendeurs ambulants de médicaments	<input type="checkbox"/>
	l. Amis/famille/voisins	<input type="checkbox"/>
m. Conversations dans la rue	<input type="checkbox"/>	
n. Autre (préciser) : _____	<input type="checkbox"/>	
<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b>		1. Oui 2. Non
<b>CAP.3</b> QUELS SONT LES CANAUX DE TRANSMISSION DU VIH/SIDA QUE VOUS CONNAISSEZ?	a. Rapports sexuels non protégés	<input type="checkbox"/>
	b. Prostitution, vagabondage sexuel	<input type="checkbox"/>
	c. Transfusion sanguine	<input type="checkbox"/>
	d. Transmission mère enfant	<input type="checkbox"/>



	e. Objets souillés	/__
	f. Homosexualité	/__
	g. Injections avec une même aiguille	/__
	h. Ciseaux/Rasoirs	/__
	i. Plaies	/__
	j. Baisers	/__
	k. Piqûres de moustiques	/__
	l. Autre (préciser) : _____	/__
<b>(NE PAS LIRE LES MODALITES)</b>		1. Oui 2. Non
<b>CAP.4</b> QUELS SONT LES PRINCIPAUX MOYENS DE PREVENTION DU VIH/SIDA QUE VOUS CONNAISSEZ ?	a. Abstinence	/__
	b. Fidélité	/__
	c. Préservatifs	/__
	d. Éviter les objets souillés	/__
	e. Éviter les prostituées	/__
	f. Éviter les homosexuels	/__
	g. Éviter la transfusion sanguine	/__
	h. Éviter les aiguilles déjà utilisées	/__
	i. Éviter les piqûres de moustiques	/__
	j. Recours aux guérisseurs traditionnels	/__
	k. Autre (à préciser) : _____	/__
<b>CAP.5</b> AVEZ-VOUS FAIT LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA ?	1. Oui 2. Non	/__
<b>CAP.6</b> SI OUI POURQUOI ?	1. Connaissance du statut sérologique 2. Raisons sociales et professionnelles 3. Autres (à préciser) : _____	/__
<b>CAP.7</b> SI NON ETES- VOUS PRETE A FAIRE LE TEST DE DEPISTAGE DU VIH/SIDA ?	1. Oui 2. Non	/__
<b>CAP.8</b> SAVEZ-VOUS QU'IL EXISTE DES CENTRES DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ET CONFIDENTIEL DU VIH/SIDA ?	1. Oui 2. Non	/__
<b>CAP.9</b> UTILISEZ-VOUS ACTUELLEMENT UNE METHODE QUELCONQUE POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	1. Oui 2. Non	/__
<b>CAP.10</b> SI OUI, LAQUELLE OU LESQUELLES ?		1. Oui 2. Non
	A. Stérilisation féminine	/__
	B. Stérilisation masculine	/__
	C. DIU	/__
	D. Injectables	/__
	E. Implants	/__
	F. Pilule	/__
	G. Condom	/__
	H. MAMA	/__
	I. Méthode du rythme	/__
	J. Retrait	/__
	K. Autre méthode moderne	/__
	L. Autre méthode traditionnelle	/__



**CAP.11 Si Non A CAP.9, AVEZ-VOUS L'INTENTION DE PRATIQUER LA PLANIFICATION FAMILIALE ?**

- 1. Oui
- 2. Non

/ \_ /



<b>X. MUAC ET NIVEAU D'HEMOGLOBINE (TOUTES LES FEMMES ELIGIBLES)</b>		
<b>MH.1</b> RENSEIGNER LE MUAC DE LA FEMME	/ _ / _ / . / _ / (cm)	
<b>FEMMES ADULTES (18 ANS OU PLUS) ET FEMMES DE 12 A 17 ANS MARIEES</b>		
<b>DEMANDE DU CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE POUR LE TEST D'ANEMIE</b>		
<p>Dans cette enquête, nous demandons aux femmes comme vous dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test, c'est votre décision.</p> <p>Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>		
<b>MH.2</b> RESULTAT DE LA DEMANDE DU CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE	1. ACCEPTE 2. REFUSE 3. AUTRE : _____	/ _ /
<b>MH.3</b> RENSEIGNER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE	G/DL / _ / _ / . / _ /	
<b>ADOLESCENTES DE 12 A 17 ANS NON MARIEES</b>		
<b>DEMANDE DU CONSENTEMENT AU PARENT/RESPONSABLE DE L'ENQUETEE POUR LE TEST D'ANEMIE</b>		
<b>Noms et N° de ligne du parent/responsable :</b> _____ / _ /		
<p>Dans cette enquête, nous demandons aux femmes comme (prénom de l'adolescente) dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats seront communiqués à vous et à (prénom de l'adolescente) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire « Oui » ou « Non » pour le test de (prénom de l'adolescente), c'est votre décision.</p> <p>Autorisez-vous (prénom de l'adolescente) à participer au test d'anémie ?</p>		
<b>MH.2</b> RESULTAT DE LA DEMANDE DU CONSENTEMENT DE L'ENQUETEE	1. ACCEPTE 2. REFUSE 3. AUTRE : _____	/ _ /
<b>MH.3</b> RENSEIGNER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE	G/DL / _ / _ / . / _ /	



**Observations :**

