

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

Bénin

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.

| | |
|--|---|
| WM1. Numéro de grappe : ____ _ | WM2. Numéro de ménage : ____ _ |
| WM3. Nom de la femme : Nom _____ | WM4. Numéro de ligne de la femme : ____ _ |
| WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom _____ | WM6. Jour/mois/année de l'interview : ____ / ____ / 2014 |

Si la présentation au début du questionnaire ménage n'est pas déjà faite à cette répondante, lire la phrase suivante :
NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (**INSAE**). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTÉ FAMILIALE ET L'ÉDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT DURER ENVIRON UNE HEURE. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante :
MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTÉ ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 70 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT ?

- Oui, permission accordée ⇒ Aller à WM10 pour enregistrer l'heure et commencer l'entretien
 Non, permission non accordée ⇒ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe

| | |
|---|--|
| WM7. Résultat de l'enquête femme | Rempli01 Pas à la maison02 Refusé03 Partiellement rempli 04 Incapacité 05 Autre (préciser) 96 |
| WM8. Chef d'équipe (nom et numéro) : | Nom _____ |
| WM10. Enregistrer l'heure. | Heure et minutes ____ : ____ |

CARACTÉRISTIQUES DE LA FEMME

WB

| | | |
|---|--|---------|
| WB1. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNÉE ETES-VOUS NÉE ? | Date de naissance : Mois NSP mois98 Année NSP année 9998 | |
| WB2. QUEL ÂGE AVEZ-VOUS ? <i>Insister : QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i> <i>Comparer et corriger WB1 et/ou WB2 si incohérentes</i> | Âge (en années révolues) ____ | |
| WB3. AVEZ-VOUS DÉJÀ FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU L'ÉCOLE MATERNELLE ? | Oui1 Non2 | 2 ⇒ WB7 |
| WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ÉTUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ? | Maternel0 Primaire1 Secondaire 12 Secondaire 23 Supérieur4 | 0 ⇒ WB7 |
| WB5. QUELLE EST LA DERNIÈRE ANNÉE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHÉVÉE À CE NIVEAU ? <i>Si la 1^{re} année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i> | Année/classe ____ | |

| | | |
|---|---|--|
| WB6. Vérifier WB4 : <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ Aller à WB8 <input type="checkbox"/> Primaire (WB4 = 1) ⇒ Continuer avec WB7 | | |
| WB7. J'AIMERAI MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. <i>Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée.</i> <i>Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :</i> POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ? | Ne peut pas lire du tout..... 1 Peut lire certaines parties 2 Peut lire la phrase entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée (préciser langue)..... 4 Aveugle/problème de vue..... 5 | |
| WB8. QUELLE EST VOTRE RELIGION ? | Vodoun 11 Autres traditionnelles 12 Islam 21 Catholique..... 31 Protestant méthodiste 32 Autres protestants 33 Céleste 34 Autres chrétiens 35 Pas de religion 51 Autre religion (préciser) 96 | |
| WB9. À QUEL GROUPE ETHNIQUE, APPARTENEZ-VOUS ? | Adja et apparentes 01 Bariba et apparentes 02 Dendi et apparentes..... 03 Fon et apparentes..... 04 Yoa & Lokpa apparentes..... 05 Betamaribe et apparentés 06 Peulh et apparentes..... 07 Yoruba et apparente 08 Pays limitrophes..... 09 Autres pays 10 Autre (préciser) 96 | |
| WB10. QUELLE EST VOTRE SITUATION DANS L'EMPLOI QUE VOUS EXERCEZ ACTUELLEMENT ? | À la recherche du 1 ^{er} emploi..... 11 Chômeur 12 Apprenti/élève/étudiant 13 Retraité..... 14 Autre inactif 15 Employeur 21 Indépendant 22 Salarié permanent..... 23 Salarié temporaire 24 Membre d'une coopérative 25 Aide familial..... 26 Autre (préciser) 96 | 11 ⇒ MT1 12 ⇒ MT1 13 ⇒ MT1 14 ⇒ MT1 15 ⇒ MT1 96 ⇒ MT1 |
| WB11. QUE FAIT PRINCIPALEMENT L'ENTREPRISE DANS LAQUELLE VOUS TRAVAILLEZ ? | Agriculture, élevage, pêche et forêt..... 01 Industrie 02 Eau, électricité, gaz..... 03 BTP..... 04 Commerce et restauration..... 05 Transports et communications 06 Banques et assurances 07 Artisanat..... 08 Autres services (préciser) 96 | |

ACCÈS AUX MÉDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION **MT**

MT1. Vérifier WB7 :
 Question laissée vide (la répondante a fait des études secondaires ou supérieure) ⇒ Continuer avec MT2
 Est capable de lire ou pas une phrase dans une des langues demandées (WB7 = 2, 3 ou 4) ⇒ Continuer avec MT2
 Ne peut pas lire du tout ou aveugle (WB7 = 1 ou 5) ⇒ Passer à MT3

| | | |
|---|---|--|
| MT2. À QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ? | Presque chaque jour..... 1 Au moins une fois par semaine..... 2 Moins d'une fois par semaine 3 Pas du tout 4 | |
|---|---|--|

| | | |
|--|---|--|
| MT3. ÉCOUTEZ-VOUS LA RADIO : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ? | Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4 | |
| MT4. À QUELLE FREQUENCE REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION : DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ? | Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4 | |
| MT5. Vérifier WB2 : Âge de la répondante : <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇒ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇒ Aller à MT12 | | |
| MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ? | Oui1 Non.....2 | 2 ⇒ MT9 |
| MT7. AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? | Oui1 Non.....2 | 2 ⇒ MT9 |
| MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ? | Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4 | |
| MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ? | Oui1 Non.....2 | 2 ⇒ MT12 |
| MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET ? <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quels que soient le lieu et l'appareil.</i> | Oui1 Non.....2 | 2 ⇒ MT12 |
| MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET : PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ? | Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4 | |
| MT12. AU COURS DES SIX DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ENTENDU OU VU DES MESSAGES CONCERNANT LA PREVENTION OU LE TRAITEMENT DU PALUDISME ? | Oui1 Non.....2 Ne sait pas.....8 | 2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant |
| MT13. SUR QUOI PORTAIENT CES MESSAGES ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? | Moustiquaire imprégnée à longue durée d'action/moustiquaireA ReimprégnationB Prise en charge des femmes enceintes avec SP.....C Prise en charge des enfants avec fièvre ...D Traitement du paludisme avec CTA.....E La cause et les risques du paludismeF La pulvérisation intradomiliaireG Autre (<i>préciser</i>)X | |
| MT14. OU AVEZ-VOUS ENTENDU OU VU CES MESSAGES ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? | Radio.....A Télévision.....B Affiche.....C Événement communautaire.....D Relais communautaire.....E Agent de santéF DépliantG BanderoleH Membre de la famille.....I Leaders d'opinionJ Autre (<i>préciser</i>)X | |

| FÉCONDITÉ | | CM |
|---|--|----------|
| CM1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENFANTE ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ CM8 |
| CM4. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ CM6 |
| CM5. COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i> | Fils à la maison__ __ Filles à la maison__ __ | |
| CM6. AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES À QUI VOUS AVEZ DONNÉ NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ CM8 |
| CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i> | Fils ailleurs__ __ Filles ailleurs__ __ | |
| CM8. AVEZ-VOUS DONNÉ NAISSANCE À UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NÉ(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE ? <i>Si "Non", insister et demander : JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?</i> | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ CM10 |
| CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DÉCÉDÉS ? COMBIEN DE FILLES SONT DÉCÉDÉES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i> | Garçons décédés__ __ Filles décédées__ __ | |
| CM10. <i>Sommer les réponses à CM5, CM7, et CM9.</i> | Somme.....__ __ | |
| CM11. JE VOUDRAIS ÊTRE SÛRE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (<i>nombre total à CM10</i>) NAISSANCES VIVANTES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ? <input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Vérifier ci-dessous : <input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance</i> ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES <input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes</i> ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Vérifier les réponses aux questions CM1-CM10 et faire les corrections nécessaires avant de continuer soit avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES, soit avec le module SYMPTÔMES DES MALADIES | | |

HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

MAINTENANT, JE VOUDRAIS FAIRE LA LISTE DE TOUTES VOS NAISSANCES VIVANTES QU'ELLES SOIENT ENCORE EN VIE OU NON, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIERE QUE VOUS AVEZ EUE.

Enregistrer le nom de toutes les naissances vivantes en BH1. Enregistrer les jumeaux/trièples sur des lignes séparées. S'il y a plus de 14 naissances, utilisez un autre questionnaire.

| BH N° DE LIGNE | BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT? | BH2. PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX ? 1 Simple 2 Multiple | BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Filles | BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom) ? /insister : QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE ? | BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE ? 1 Oui 2 Non | | BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? Enregistrer l'âge en années révolues. | BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non | | BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1) Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage. | BH9. QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Si "1 an", insister : QUEL AGE AVAIT (nom) EN MOIS ? Noter en jours si moins d'1 mois ; noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années si 2 ans ou plus. | | | BH10. Y A-T-IL D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (nom de la naissance précédente) ET (nom) Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE ? 1 Oui 2 Non |
|----------------------|--|--|--|---|--|-----------------|--|---|---------------------|--|--|----------------------------|--------|--|
| | | | | | O | N | | Âge | O | | N | Unité | Nombre | |
| Ligne | Nom | S M | G F | Mois | Année | O N | Âge | O N | | | Unité | Nombre | O N | |
| 01 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | | | | |
| 02 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 03 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 04 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 05 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 06 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 07 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 08 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 09 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 10 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 11 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 12 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 13 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |
| 14 | | 1 2 | 1 2 | -- | ---- | 1 2 ↓ BH9 | -- | 1 2 | ⇨ Ligne suivante | Jours.....1 Mois2 Années3 | 1 Ajouter Naissance | 2 Naissance Suivante | | |

BH11. AVEZ-VOUS D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom de la dernière naissance figurant dans le tableau de l'historique des naissances) ?
 Oui.....1
 Non.....2
 I ⇒ Enregistrer dans l'historique

CM12A. Comparer le nombre à CM10 avec le nombre de naissances dans le module HISTORIQUE DES NAISSANCES ci-dessus et vérifier :

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

CM13. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (mois de l'entretien) en 2012 (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est 2012, considérer SVP, comme une naissance ayant eu lieu dans les 2 dernières années).

- Pas de naissances vivantes dans les 2 dernières années ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES
 Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années ⇒ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Si l'enfant est décédé, faire preuve de tact en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

DÉSIR DE LA DERNIÈRE NAISSANCE

DB

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

Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.

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

| | | |
|---|---|--------------------|
| DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ? | Oui.....1 Non.....2 | 1 ⇒ Module suivant |
| DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ? | Plus tard.....1 Pas d'enfant.....2 | 2 ⇒ Module suivant |
| DB3. À PARTIR DE LA GROSSESSE DE (nom) COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE ENCORE ? Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée. | Mois.....1 ___ Années.....2 ___ NSP.....998 | |

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

MN

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

Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____.

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

| | | |
|---|--|---------|
| MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ MN5 |
| MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? Insister : QUELQU'UN D'AUTRE ? Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données. | Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme.....B Aide soignante/assistante accoucheuseD Autre personne Matrone.....E Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire.....G Autre (préciser).....X | |
| MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ? Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante. | Semaines.....1 ___ Mois.....2 0 ___ NSP.....998 | |
| MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? | Nombre de fois.....__ NSP.....98 | |
| MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ARTERIELLE ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ? | Oui Non Tension.....1 2 Échantillon d'urine.....1 2 Prélèvement sanguin.....1 2 | |

| | | |
|---|---|------------------------------|
| <p>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ? <i>Si un carnet est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i></p> | <p>Oui (carnet vu) 1 Oui (carnet non vu)..... 2 Non..... 3 NSP 8</p> | |
| <p>MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE ?</p> | <p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p> | <p>2 ⇒ MN9 8 ⇒ MN9</p> |
| <p>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p> | <p>Nombre de fois..... __ NSP 8</p> | <p>8 ⇒ MN9</p> |
| <p>MN8. Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse ⇒ Aller à MN12 <input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇒ Continuer avec MN9</p> | | |
| <p>MN9. EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ ?</p> | <p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p> | <p>2 ⇒ MN12 8 ⇒ MN12</p> |
| <p>MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p> | <p>Nombre de fois..... __ NSP 8</p> | <p>8 ⇒ MN12</p> |
| <p>MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ? <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i></p> | <p>Il y a année __ __</p> | |
| <p>MN12. Vérifier MNI pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse : <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Aller à MN17</p> | | |
| <p>MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?</p> | <p>Oui 1 Non..... 2 NSP 8</p> | <p>2 ⇒ MN17 8 ⇒ MN17</p> |
| <p>MN14. QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? <i>Encercler tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer à l'enquêtée un antipaludéen courant.</i></p> | <p>SP/Fansidar A Chloroquine..... B Autre (préciser) X NSP Z</p> | |
| <p>MN15. Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP/Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP/Fansidar non pris ⇒ Aller à MN16C</p> | | |
| <p>MN16. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ? SVP, INCLURE TOUT CE QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRÉNATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTÉ OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.</p> | <p>Nombre de fois..... __ NSP 8</p> | |
| <p>MN16A. À QUEL MOMENT DE LA GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS COMMENCÉ À PRENDRE LA SP/FANSIDAR (AVANT LE 4^E MOIS, AU 4^E MOIS, APRÈS LE 4^E MOIS OU QUAND LE BÉBÉ A COMMENCÉ À BOUGER) ?</p> | <p>Avant 4^e mois 1 Au 4^e mois 2 Après 4^e mois 3 Quand le bébé a commencé à bouger..... 4</p> | <p>1</p> |
| <p>MN16B. AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS DES DOSES DE SP/FANSIDAR DEVANT UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ?</p> | <p>Nombre de fois..... __ NSP 8</p> | |

| | | |
|--|--|--------------------|
| MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>) ? | Oui 1 Non 2 | 2 ⇒ Module suivant |
| MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? <i>Si moins d'1 heure, noter '00' heure.</i> <i>Si moins de 24 heures, noter en heures.</i> <i>Autrement, noter en jours.</i> | Immédiatement..... 000 Heures..... 1 ___ Jours..... 2 ___ NSP/ne se rappelle pas..... 998 | |
| MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ? | Oui 1 Non 2 | 2 ⇒ MN28 |
| MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ? <i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ? | Lait (autre que du lait maternel) A Eau B Eau sucrée/eau glucosée C Calmant pour coliques D Solution eau salée/sucrée E Jus de fruit F Préparation pour bébé..... G Thé/infusions..... H Miel I Autre (<i>préciser</i>) X | ⇒ Module suivant |
| MN28. DANS LES 6 PREMIERS MOIS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ? <i>Si l'enfant a moins de 6 mois :</i> DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), LUI A-T-ON DONNE A BOIRE AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |

EXAMENS DE SANTÉ POST-NATALS**PN**

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

Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CMI3 ici _____.

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

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

Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18 = 21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN2

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

| | | |
|---|---|--|
| PN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR CE QUI S'EST PASSE DANS LES HEURES ET LES JOURS SUIVANT LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>). VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (<i>nom</i> ou <i>type de structure sanitaire MN18</i>). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT ? <i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i> | Heures..... 1 ___ Jours..... 2 ___ Semaines..... 3 ___ NSP/ne se rappelle pas..... 998 | |
| PN3. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (<i>nom</i>), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VU SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN. EST-CE QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (<i>nom</i>) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom</i> ou <i>type de structure sanitaire MN18</i>) ? | Oui 1 Non 2 | |
| PN4. ET QU'EN EST-IL DES EXAMENS DE VOTRE SANTE – JE VEUX DIRE, QUELQU'UN A-T-IL FAIT LE BILAN DE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE EN VOUS POSANT DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU EN VOUS EXAMINANT ? A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (<i>nom</i> ou <i>type de structure sanitaire MN18</i>) ? | Oui 1 Non 2 | |

| | | |
|--|---|--------------------------------|
| <p>PN5. MAINTENANT JE VOUDRAIS QUE NOUS PARLIONS DE CE QUI S'EST PASSE QUAND VOUS AVEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18). EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE L'ETAT DE SANTE DE (nom) APRES QUE VOUS AYEZ QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18) ?</p> | <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> | <p>1 ⇨ PN11 2 ⇨ PN16</p> |
| <p>PN6. Vérifier MN17 : Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, matrone, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17 = A-G) ⇨ Continuer avec PN7</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni matrone, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encerclé à MN17) ⇨ Aller à PN10</p> | | |
| <p>PN7. VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTEE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN. APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (la ou les personnes à MN17) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?</p> | <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> | |
| <p>PN8. ET EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) A/ONT CONTROLE VOTRE SANTE AVANT SON/LEUR DEPART ? PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p> | <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> | |
| <p>PN9. APRES LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?</p> | <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> | <p>1 ⇨ PN11 2 ⇨ PN18</p> |
| <p>PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (nom), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN. APRES LA NAISSANCE DE (nom), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE ?</p> | <p>Oui..... 1 Non..... 2</p> | <p>2 ⇨ PN19</p> |
| <p>PN11. CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?</p> | <p>Une fois..... 1 Plus d'une fois..... 2</p> | <p>1 ⇨ PN12A 2 ⇨ PN12B</p> |
| <p>PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ? PN12B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ? <i>Si c'est moins une journée, noter en heures.</i> <i>Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.</i> <i>Autrement, noter en semaines.</i></p> | <p>Heures..... 1 ____ Jours..... 2 ____ Semaines..... 3 ____ NSP/ne se rappelle pas..... 998</p> | |
| <p>PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA ?</p> | <p>Professionnel de la santé : Médecin..... A Infirmière/sage-femme..... B Aide-soignante/assistante accoucheuse D Autre personne Matrone..... E Accoucheuse traditionnelle..... F Agent de santé communautaire..... G Parent(e)/ami(e)..... H Autre (préciser) X</p> | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE ? Insister pour déterminer le type de source. S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</p> | <p>Domicile Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile..... 12 Secteur public Hôpital gouvernemental.....21 Clinique/centre de santé gov.....22 Maternité isolée.....24 Unité villageoise.....25 Autre public (préciser) _____ 26 Secteur médical privé Hôpital privé.....31 Clinique privée32 Maternité privée.....33 Hôpital confessionnel34 Autre médical privé (préciser) _____ 36 Autre (préciser) _____ 96</p> | |
| <p>----- (Nom du lieu)</p> | | |
| <p>PN15. Vérifier MNI8 : L'enfant est né dans un centre de santé ? <input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans un centre de santé (MNI8 = 21-26 ou 31-36) ⇒ Continuer avec PN16 <input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans un centre de santé (MNI8 = 11-12 ou 96) ⇒ Aller à PN17</p> | | |
| <p>PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MNI8), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE ?</p> | <p>Oui 1 Non.....2</p> | <p>1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant</p> |
| <p>PN17. Vérifier MNI7 : Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire a assisté l'accouchement ? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MNI7 = A-G) ⇒ Continuer avec PN18 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MNI7) ⇒ Aller à PN19</p> | | |
| <p>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MNI7), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE ?</p> | <p>Oui 1 Non.....2</p> | <p>1 ⇒ PN20 2 ⇒ Module suivant</p> |
| <p>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE ETAT DE SANTE ? JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE ETAT DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.</p> | <p>Oui 1 Non.....2</p> | <p>2 ⇒ Module suivant</p> |
| <p>PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?</p> | <p>Une fois..... 1 Plus d'une fois.....2</p> | <p>1 ⇒ PN21A 2 ⇒ PN21B</p> |
| <p>PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ? PN21B. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ? Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</p> | <p>Heures..... 1 ___ Jours.....2 ___ Semaines.....3 ___ NSP/ne se rappelle pas..... 998</p> | |
| <p>PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p> | <p>Professionnel de la santé : Médecin.....A Infirmière/sage-femme..... B Aide-soignante/assistante accoucheuse D Autre personne Matrone.....E Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire.....G Parent(e)/ami(e).....H Autre (préciser) _____ X</p> | |

| | |
|--|--|
| <p>PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE ? <i>Insister pour déterminer le type de source. S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> | <p>Maison Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile..... 12 Secteur public Hôpital gouvernemental21 Clinique/centre de santé gov.22 Maternité isolée24 Unité villageoise25 Autre public (<i>préciser</i>)..... 26 Secteur médical privé Hôpital privé.....31 Clinique privée32 Maternité privée33 Hôpital confessionnel34 Autre privé médical (<i>préciser</i>)..... 36 Autre (<i>préciser</i>) 96</p> |
| <p>----- (Nom du lieu)</p> | |

SYMPTOMES DES MALADIES

IS

IS1. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de 5 ans ?
 Oui ⇒ Continuer avec IS2
 Non ⇒ Aller au module suivant

| | |
|---|--|
| <p>IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE. QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ? <i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SYMPTOME ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p> | <p>Enfant incapable de boire ou de téterA État de l'enfant s'aggrave..... B Enfant devient fiévreux..... C Enfant respire rapidementD Enfant a des difficultés à respirerE Enfant a du sang dans les selles..... F Enfant boit difficilementG Autre (<i>préciser</i>)X Autre (<i>préciser</i>) Y Autre (<i>préciser</i>) Z</p> |
| <p>IS3. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC FIEVRE EST GRAVEMENT SOUFFRANT ? <i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p> | <p>Incapable de téter ou de boire.....A Vomit tout B Convulsions.....C Léthargie ou inconscient.....D Pli cutané s'efface lentement ou très lentementE Yeux enfoncés.....F Fontanelle antérieure bombée.....G Sang dans les sellesH Difficulté à respirer.....I Sifflement.....J Urine coca-cola..... K Fièvre avec éruption.....L Raideur de la nuque..... M Gonflement des deux pieds (œdèmes) ...N Autres (<i>préciser</i>)X Autres (<i>préciser</i>) Y Ne sait pas Z</p> |

| | | |
|---|---|--|
| <p>IS4. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC DIARRHÉE EST GRAVEMENT SOUFFRANT ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p> | <p>Incapable de téter ou de boire..... A Vomit tout..... B Convulsions..... C Léthargie ou inconscient..... D Pli cutané s'efface lentement ou très lentement..... E Yeux enfoncés..... F Fontanelle antérieure bombée..... G Sang dans les selles..... H Difficulté à respirer..... I Sifflement..... J Urine coca-cola..... K Fièvre avec éruption..... L Raideur de la nuque..... M Gonflement des deux pieds (œdèmes)... N Autres (<i>préciser</i>) X Autres (<i>préciser</i>) Y Ne sait pas..... Z</p> | |
| <p>IS5. QUELS SONT LES SIGNES MONTRANT QU'UN ENFANT AVEC TOUX EST GRAVEMENT SOUFFRANT ?</p> <p><i>Insister :</i> AUCUN AUTRE SIGNE ? Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne puisse plus citer d'autres signes ou symptômes. Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses.</p> | <p>Incapable de téter ou de boire..... A Vomit tout..... B Convulsions..... C Léthargie ou inconscient..... D Pli cutané s'efface lentement ou très lentement..... E Yeux enfoncés..... F Fontanelle antérieure bombée..... G Sang dans les selles..... H Difficulté à respirer..... I Sifflement..... J Urine coca-cola..... K Fièvre avec éruption..... L Raideur de la nuque..... M Gonflement des deux pieds (œdèmes)... N Autres (<i>préciser</i>) X Autres (<i>préciser</i>) Y Ne sait pas..... Z</p> | |

| CONTRACEPTION | | CP |
|---|--|--|
| <p>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p> | <p>Oui, actuellement enceinte 1 Non..... 2 Pas sûre ou NSP 8</p> | 1 ⇒ CP2A |
| <p>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFÉRENTS MOYENS OU MÉTHODES POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE MÉTHODE POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ?</p> | <p>Oui 1 Non..... 2</p> | 1 ⇒ PCP3 |
| <p>CP2A. AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ UNE MÉTHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR ÉVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p> | <p>Oui 1 Non..... 2</p> | 1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant |
| <p>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU ÉVITER UNE GROSSESSE ? Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</p> | <p>Stérilisation féminine A Stérilisation masculine..... B DIU (dispositif intra-utérin) ou stérilet ... C Injections D Implants E Pilules F Préservatif masculin..... G Préservatif féminin..... H Diaphragme..... I Mousse/gelée J Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) K Abstinence périodique/rythme/ méthode du collier L Retrait..... M Autre (<i>préciser</i>) X</p> | |

BESOINS NON SATISFITS

UN

| | | |
|---|---|---------------------------------|
| UN1. Vérifier CPI. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Aller à UN5 | | |
| UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ? | Oui..... 1 Non..... 2 | 1 ⇒ UN4 |
| UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ? | Plus tard..... 1 Pas d'autre enfant..... 2 | |
| UN4. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ? | Avoir un autre enfant 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise/NSP..... 8 | 1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13 |
| UN5. Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine ? <input type="checkbox"/> Oui (A est encerclé à CP3) ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non (A n'est pas encerclé à CP3) ⇒ Continuer avec UN6 | | |
| UN6. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ? | Avoir un (autre) enfant 1 Pas d'(autre) enfant 2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte... 3 Indécise/NSP..... 8 | 2 ⇒ UN9 3 ⇒ UN11 8 ⇒ UN9 |
| UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtee.</i> | Mois 1 ___ Années..... 2 ___ Bientôt/maintenant..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte 994 Après le mariage..... 995 Autre..... 996 NSP 998 | 994 ⇒ UN11 |
| UN8. Vérifier CPI. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Continuer avec UN9 | | |
| UN9. Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10 | | |
| UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8 | 1 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13 |
| UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ? | Pas de rapports sexuels/rapports peu fréquents A Ménopause..... B N'a jamais eu de règles..... C Hystérectomie (utérus enlevé)..... D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès..... E Est en aménorrhée post-partum F Allaite..... G Trop âgée H Fataliste..... I Autre (préciser) X NSP Z | |
| UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné ? <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13 | | |
| UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ? <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtee.</i> | Jours..... 1 ___ Semaines..... 2 ___ Mois 3 ___ Années..... 4 ___ Ménopausée/ A eu une hystérectomie..... 994 Avant la dernière naissance 995 N'a jamais eu de règles..... 996 | |

| MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION | | FG |
|---|--|--------------------|
| FG1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ? | Oui 1 Non 2 | 1 ⇒ FG3 |
| FG2. DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE À COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GÉNITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ? | Oui 1 Non 2 | 2 ⇒ Module suivant |
| FG3. VOUS-MÊME, ÊTES-VOUS EXCISÉE ? | Oui 1 Non 2 | 2 ⇒ FG9 |
| FG4. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT À CE MOMENT-LÀ. VOUS A-T-ON ENLEVÉ DES CHAIRS DE LA ZONE GÉNITALE ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |
| FG5. VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLÉ LES PARTIES GÉNITALES SANS RIEN ENLEVER ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |
| FG6. VOUS A-T-ON FERMÉ LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ÉTÉ FERMÉE ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | |
| FG7. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISÉE ? <i>Si l'enquêtée NSP, insister pour avoir une estimation.</i> | Âge à l'excision ___ ___ NSP/ne se souvient plus/pas sûre 98 | |
| FG8. QUI A PROCÉDÉ À VOTRE EXCISION ? | Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Autre professionnel de la santé (<i>préciser</i>) 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (<i>préciser</i>) 26 NSP 98 | |
| FG9. Vérifier CM5 pour nombre de filles à la maison et CM7 pour nombre de filles vivant ailleurs et marquer le nombre total ici. | Nombre total de filles vivantes ____ | |
| FG10. JUSTE POUR ÊTRE SÛRE QUE J'AI CORRECTEMENT COMPRIS, VOUS AVEZ AU TOTAL (nombre total à FG9) FILLES VIVANTES. EST-CE CORRECT ? <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> <i>Une fille vivante ou plus</i> ⇒ Continuer avec FG11 <input type="checkbox"/> <i>Aucune fille vivante</i> ⇒ Aller à FG22 <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Vérifier les réponses CMI-CM10 et faire les corrections nécessaires jusqu'à ce que FG10 = <i>Oui</i> | | |
| FG11. Demander à l'enquêtée le nom de sa/ses fille(s) en commençant par la plus jeune (si plus d'une fille). Écrire le nom de chaque fille en FG12. Puis, poser alors les questions FG13 à FG20 pour une fille à la fois. Le nombre total de filles à FG12 doit être égal au nombre à FG9. Si plus de 4 filles, utiliser un autre questionnaire. | | |

| | Fille #1 | Fille #2 | Fille #3 | Fille #4 |
|---|---|---|---|---|
| FG12. Nom de la fille | _____ | _____ | _____ | _____ |
| FG13. QUEL AGE A (nom) ? | Âge..... _____ | Âge..... _____ | Âge..... _____ | Âge..... _____ |
| FG14. Est-ce que (nom) a moins de 15 ans ? | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> |
| FG15. EST-CE QUE (nom) EST EXCISEE ? | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> | Oui 1 Non..... 2 <i>Si "Non", aller à FG13 pour la fille suivante. Si pas d'autre fille, aller à FG22.</i> |
| FG16. QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA EST ARRIVE ? <i>Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insister pour avoir une estimation.</i> | Âge..... _____ NSP..... 98 | Âge..... _____ NSP..... 98 | Âge..... _____ NSP..... 98 | Âge..... _____ NSP..... 98 |
| FG17. JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT-LA : LUI A-T-ON ENLEVE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ? | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 ⇒FG19 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 ⇒FG19 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 ⇒FG19 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 ⇒FG19 |
| FG18. LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ? | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 |
| FG19. LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? <i>Si nécessaire, insister : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?</i> | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 | Oui 1 Non..... 2 NSP..... 98 |
| FG20. QUI A PROCEDE A L'EXCISION ? | Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)___ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle..... 22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP..... 98 | Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)___ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle..... 22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP..... 98 | Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)___ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle..... 22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP..... 98 | Professionnel de santé Médecin..... 11 Infirmière/sage-femme..... 12 Autre professionnel santé (préciser)___ 16 Traditionnel Exciseuse Traditionnelle..... 21 Accoucheuse Traditionnelle..... 22 Autre traditionnelle (préciser) _____ 26 NSP..... 98 |
| FG21. | <i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22.</i> | <i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22.</i> | <i>Retourner à FG13 pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22.</i> | <i>Retourner à FG13 dans la première colonne du questionnaire additionnel pour la fille suivante. Si plus de filles, aller à FG22.</i> |
| Cocher ici si un questionnaire additionnel est utilisé <input type="checkbox"/> | | | | |

| | | |
|---|---|--|
| FG22. PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ? | Maintenue.....1 Disparaître2 Cela dépend.....3 NSP8 | 2 ⇨ FG24 3 ⇨ Module suivant 8 ⇨ Module suivant |
| FG23. SELON VOUS, POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE L'EXCISION DOIT ETRE MAINTENUE ? | Garde la femme fidèle.....1 Libère la femme de l'envie2 Parce que c'est la tradition.....3 Autre6 | 1 ⇨ Module suivant 2 ⇨ Module suivant 3 ⇨ Module suivant 6 ⇨ Module suivant |
| FG24. SELON VOUS, POUR QUELLE RAISON PRINCIPALE L'EXCISION DOIT DISPARAITRE ? | L'excision est douloureuse.....1 Peut empêcher la femme de jouir lors des rapports sexuels2 Peut donner des infections à la femme.....3 Peut rendre stérile la femme4 Peut entraîner des complications lors des accouchements5 Autre (préciser)6 | |

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

| DVI. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES : [A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ? [B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ? [C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ? [D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ? [E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ? [F] SI ELLE PARLE D'UTILISER LE CONDOM POUR SE PROTEGER CONTRE LE SIDA ? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Sort sans le lui dire1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Néglige les enfants.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se dispute avec lui.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Refuse les rapports sexuels..1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Brûle la nourriture.....1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Protection SIDA1</td> <td>2</td> <td>8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | Oui | Non | NSP | Sort sans le lui dire1 | 2 | 8 | | Néglige les enfants.....1 | 2 | 8 | | Se dispute avec lui.....1 | 2 | 8 | | Refuse les rapports sexuels..1 | 2 | 8 | | Brûle la nourriture.....1 | 2 | 8 | | Protection SIDA1 | 2 | 8 | | |
|---|--|-----|-----|-----|-----|------------------------------|---|---|--|---------------------------|---|---|--|---------------------------|---|---|--|--------------------------------|---|---|--|---------------------------|---|---|--|------------------------|---|---|--|--|
| | Oui | Non | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sort sans le lui dire1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Néglige les enfants.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se dispute avec lui.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refuse les rapports sexuels..1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Brûle la nourriture.....1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Protection SIDA1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

MARIAGE/UNION**MA**

| | | |
|---|--|--------------------|
| MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE (DOT, MARIAGES CIVIL OU RELIGIEUX) OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ? | Oui, actuellement mariée.....1 Oui, vit avec un homme.....2 Non, pas en union3 | 3 ⇨ MA5 |
| MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ? <i>Insister</i> : QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ? | Âge en années.....__ __ 95 ans ou plus95 NSP98 | |
| MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIEE ? | Oui1 Non.....2 | 2 ⇨ MA7 |
| MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRE A-T-IL ? | Nombre.....__ __ NSP98 | ⇨ MA7 98 ⇨ MA7 |
| MA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ? | Oui, a été mariée.....1 Oui, a vécu avec un homme2 Non.....3 | 3 ⇨ Module suivant |
| MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ? | Veuve1 Divorcée.....2 Séparée.....3 | |

| | | |
|--|--|----------------------|
| MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ? | Une seule fois..... 1 Plus d'une fois..... 2 | 1 ⇒ MA8A 2 ⇒ MA8B |
| MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? MA8B. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA PREMIERE FOIS ? | Date du (premier) mariage Mois NSP mois.....98 Année NSP année..... 9998 | ⇒ Module suivant |
| MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/ PARTENAIRE ? | Âge en années..... | |

COMPORTEMENT SEXUEL

SB

Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer l'interview, assurez-vous d'être seule avec l'enquêtée.

| | | |
|---|--|-------------------------------|
| SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE. LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ? | N'a jamais eu de rapports sexuels 00 Âge en années..... 1 ^{re} fois en commençant à vivre avec (1 ^{er}) mari/partenaire95 | 00 ⇒ Module suivant |
| SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN PRESERVATIF A ETE UTILISE ? | Oui..... 1 Non..... 2 NSP/ne se souvient pas 8 | |
| SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an). Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années. Si moins d'une journée (c'est-à-dire le jour d'interview), encercler 1 et noter 00.</i> | Il y a ... jours 1 ___ Il y a ... semaines 2 ___ Il y a ... mois..... 3 ___ Il y a ... ans..... 4 ___ | 4 ⇒ SB15 |
| SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN PRESERVATIF A ETE UTILISE ? | Oui..... 1 Non..... 2 | |
| SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel. Si 'petit ami', demander : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i> | Mari..... 1 Partenaire cohabitant 2 Petit ami..... 3 Rencontre occasionnelle..... 4 Autre (préciser) 6 | 3 ⇒ SB7 4 ⇒ SB7 6 ⇒ SB7 |
| SB6. Vérifier MA1 : <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8 <input type="checkbox"/> Pas mariée/pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7 | | |
| SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ? | Âge du partenaire sexuel..... NSP98 | |
| SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? | Oui..... 1 Non..... 2 | 2 ⇒ SB15 |
| SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN PRESERVATIF A ETE UTILISE ? | Oui..... 1 Non..... 2 | |

| | | |
|---|--|----------------------------------|
| <p>SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? <i>Insister pour vous assurer que la réponse réfère au type de relation au moment du rapport sexuel.</i> <i>Si 'petit ami', demander :</i> VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ? <i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p> | Mari.....1 Partenaire cohabitant.....2 Petit ami.....3 Rencontre occasionnelle.....4 Autre (préciser)6 | 3 ⇨ SB12 4 ⇨ SB12 6 ⇨ SB12 |
| <p>SB11. Vérifier MA1 et MA7 : <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET <input type="checkbox"/> A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇨ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇨ Continuer avec SB12</p> | | |
| <p>SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?</p> | Âge du partenaire sexuel.....__ __ 95 ans ou plus95 NSP98 | |
| <p>SB13. MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p> | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇨ SB15 |
| <p>SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p> | Nombre de partenaires.....__ __ | |
| <p>SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFÉRENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? <i>En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.</i> <i>Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire '95'.</i></p> | Nombre de partenaires au cours de la vie__ __ NSP98 | |

VIH/SIDA

HA

| | | |
|---|-------------------------------------|--------------------|
| <p>HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DÉJÀ ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELÉE SIDA ?</p> | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇨ Module suivant |
| <p>HA2. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTÉ ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |
| <p>HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |
| <p>HA4. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT RÉDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN PRÉSERVATIF CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |
| <p>HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQÛRES DE MOUSTIQUES ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |
| <p>HA6. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |
| <p>HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAÎSSANT EN BONNE SANTÉ AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?</p> | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | |

| | | |
|--|--|----------------------------------|
| HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ? | Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement.....1 2 8 En allaitant.....1 2 8 | |
| HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ? | Oui.....1 Non.....2 NSP/pas sûre/ça dépend8 | |
| HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ? | Oui.....1 Non.....2 NSP/pas sûre/ça dépend8 | |
| HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ? | Oui.....1 Non.....2 NSP/pas sûre/ça dépend8 | |
| HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ? | Oui.....1 Non.....2 NSP/pas sûre/ça dépend8 | |
| HA13. Vérifier CM13 : Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13 = « non » ou blanc) ⇒ Aller à HA24 <input type="checkbox"/> Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇒ Continuer avec HA14 | | |
| HA14. Vérifier MNI : A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus ⇒ Continuer avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Aller à HA24 | | |
| HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR : [A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE ? [B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA ? [C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA ? VOUS A-T-ON : [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA? | O N NSP SIDA par la mère.....1 2 8 Choses à faire.....1 2 8 Test de SIDA.....1 2 8 Proposé un test.....1 2 8 | |
| HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ? | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | 2 ⇒ HA19 8 ⇒ HA19 |
| HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ HA22 |
| HA18. QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS. ÂPRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ? | Oui.....1 Non.....2 NSP.....8 | 1 ⇒ HA22 2 ⇒ HA22 8 ⇒ HA22 |
| HA19. Vérifier MNI7 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C) ? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Aller à HA24 | | |
| HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ? | Oui.....1 Non.....2 | 2 ⇒ HA24 |
| HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ? | Oui.....1 Non.....2 | |

| | | |
|--|--|--|
| HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE DERNIERE GROSSESSE ? | Oui 1 Non 2 | 1 ⇒ HA25 |
| HA23. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ? | Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3 | 1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 3 ⇒ Module suivant |
| HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ? | Oui 1 Non 2 | 2 ⇒ HA27 |
| HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ? | Il y a moins de 12 mois 1 Il y a 12-23 mois 2 Il y a 2 ans ou plus 3 | |
| HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ? | Oui 1 Non 2 NSP 8 | 1 ⇒ Module suivant 2 ⇒ Module suivant 8 ⇒ Module suivant |
| HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ? | Oui 1 Non 2 | |

MORTALITÉ MATERNELLE

MM

MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR VOS FRERES ET SŒURS, C'EST-A-DIRE TOUS LES ENFANTS NES DE VOTRE MERE BIOLOGIQUE. INCLUEZ TOUS VOS SŒURS ET FRERES QUI VIVENT AVEC VOUS, CEUX QUI VIVENT AILLEURS ET CEUX QUI SONT DECEDES.

| | | |
|---|---|--|
| MM1. À COMBIEN D'ENFANTS, VOUS-MEME COMPRIS, VOTRE MERE A-T-ELLE DONNE NAISSANCE ? | Nombre de naissances de la mère biologique..... _____ | |
| MM2. Vérifier MM1 <input type="checkbox"/> Deux ou plus de deux naissances ⇒ Continuer avec MM3 <input type="checkbox"/> Seulement une naissance (répondante seulement) ⇒ Aller au module suivant | | |
| MM3. COMBIEN DE CES NAISSANCES VOTRE MERE A EUES AVANT VOTRE PROPRE NAISSANCE ? | Nombre de naissances précédentes _____ | |

| | [S1] La + âgée | [S2] Après la + âgée | [S3] Suivante | [S4] Suivante |
|---|--|--|--|--|
| MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRÈRE/SŒUR LE/LA PLUS ÂGÉ(E) ET DU/DE LA SUIVANT(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ? | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 |
| MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E) ? | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S2] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S3] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S4] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S5] |
| MM7. QUEL ÂGE A (<i>nom</i>) ? | _____ ⇒ Aller à [S2] | _____ ⇒ Aller à [S2] | _____ ⇒ Aller à [S2] | _____ ⇒ Aller à [S2] |
| MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉ(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM9. QUEL ÂGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM9A. Vérifier MM5 et MM9. Est-ce qu'il s'agit d'une sœur décédée avant 12 ans ou d'un frère ? | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S2] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S3] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S4] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S5] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 |
| MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ÉTAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DÉCÉDÉE ? | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 |
| MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉE DURANT UN ACCOUCHEMENT ? | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 |
| MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ? | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 |
| MM13. À COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNÉ NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM14. | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> |

| | [S5] La + âgée | [S6] Après la + âgée | [S7] Suivante | [S8] Suivante |
|---|--|--|--|--|
| MM4. QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRÈRE/SŒUR LE/LA PLUS ÂGÉ(E) ET DU/DE LA SUIVANT(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM5. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST UN HOMME OU UNE FEMME ? | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 | Homme 1 Femme..... 2 |
| MM6. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST TOUJOURS VIVANT(E) ? | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S6] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S7] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S8] | Oui 1 Non..... 2 ⇒ MM8 NSP 8 ⇒ [S9] |
| MM7. QUEL ÂGE A (<i>nom</i>) ? | _____ ⇒ Aller à [S6] | _____ ⇒ Aller à [S7] | _____ ⇒ Aller à [S8] | _____ ⇒ Aller à [S9] |
| MM8. IL Y A COMBIEN D'ANNÉES QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉ(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM9. QUEL ÂGE AVAIT (<i>nom</i>) QUAND IL/ELLE EST DÉCÉDÉ(E) ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM9A. Vérifier MM5 et MM9. Est-ce qu'il s'agit d'une sœur décédée avant 12 ans ou d'un frère ? | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S6] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S7] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S8] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 | <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à [S9] <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer à MM10 |
| MM10. EST-CE QUE (<i>nom</i>) ÉTAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DÉCÉDÉE ? | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 |
| MM11. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉE DURANT UN ACCOUCHEMENT ? | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 | Oui 1 ⇒ MM13 Non..... 2 |
| MM12. EST-CE QUE (<i>nom</i>) EST DÉCÉDÉE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ? | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 | Oui 1 Non..... 2 |
| MM13. À COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS (<i>nom</i>) A-T-ELLE DONNÉ NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ? | _____ | _____ | _____ | _____ |
| MM14. | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> | <i>Si plus de frères/sœurs, module suivant</i> |
| Cocher ici si un autre questionnaire est utilisé <input type="checkbox"/> | | | | |

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL**TA**

| | | |
|--|---|----------|
| TA1. AVEZ-VOUS DÉJÀ ESSAYÉ DE FUMER UNE CIGARETTE, MÊME UNE OU DEUX BOUFFÉES ? | Oui 1 Non..... 2 | 2 ⇒ TA6 |
| TA2. QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUMÉ UNE CIGARETTE ENTIÈRE POUR LA PREMIÈRE FOIS ? | Jamais fumé une cigarette entière..... 00 Âge..... _____ | 00 ⇒ TA6 |
| TA3. FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT ? | Oui 1 Non..... 2 | 2 ⇒ TA6 |
| TA4. AU COURS DES DERNIÈRES 24 H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUMÉES ? | Nombre de cigarettes..... _____ | |

| | | |
|---|---|---------------------|
| <p>TA5. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS FUME DES CIGARETTES ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i></p> | <p>Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30</p> | |
| <p>TA6. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARILLOS OU LA PIPE ?</p> | <p>Oui..... 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ TA10 |
| <p>TA7. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?</p> | <p>Oui..... 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ TA10 |
| <p>TA8. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS ?</p> | <p>Encercler tout ce qui a été mentionné. Cigares..... A Chicha..... B Cigarillos..... C Pipe D Autre (<i>préciser</i>) X</p> | |
| <p>TA9. AU COURS DU DERNIER MOIS, DURANT COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC A FUMER ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i></p> | <p>Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30</p> | |
| <p>TA10. AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER ?</p> | <p>Oui..... 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ TA14 |
| <p>TA11. AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?</p> | <p>Oui..... 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ TA14 |
| <p>TA12. QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS AVEZ-VOUS UTILISE AU COURS DU DERNIER MOIS ? <i>Encercler tout ce qui a été mentionné</i></p> | <p>Tabac à chiquer (mastiquer)..... A À priser (inhaler) B Autre (<i>préciser</i>)..... X</p> | |
| <p>TA13. AU COURS DU MOIS DERNIER, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ? <i>Si moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i></p> | <p>Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30</p> | |
| <p>TA14. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL ?</p> | <p>Oui..... 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ Module suivant |
| <p>TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY OU RHUM, SODABI, UNE CALEBASSE DE TCHOUKOUTOU. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES ?</p> | <p>Jamais bu d'alcool 00 Âge..... ____</p> | 00 ⇒ Module suivant |
| <p>TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ? <i>Si le répondant n'a pas bu, encercler "00". Si c'est moins de 10 jours, noter le nombre de jours. Si c'est 10 jours ou plus, mais moins d'un mois, encercler "10". Si c'est "chaque jour" ou "presque chaque jour", encercler "30".</i></p> | <p>N'a pas bu au cours du dernier mois..... 00 Nombre de jours.....0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ... 10 Chaque jour/presque chaque jour30</p> | 00 ⇒ Module suivant |
| <p>TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?</p> | <p>Nombre de doses..... ____</p> | |

SATISFACTION DE LA VIE

LS

LS1. Vérifier WB2 : Âge de la répondante entre 15 et 24 ans ?

- Âge 25 à 49 ⇒ Aller à WM11
 Âge 15 à 24 ⇒ Continuer avec LS2

| | | |
|--|--|---------|
| <p>LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION. PREMIEREMENT, DANS L'ENSEMBLE, DIRIEZ-VOUS QUE VOUS ETES TRES HEUREUSE, ASSEZ HEUREUSE, NI HEUREUSE NI MALHEUREUSE, ASSEZ MALHEUREUSE OU TRES MALHEUREUSE ? VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <i>Montrer le côté 1 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i></p> | <p>Très heureuse 1 Assez heureuse.....2 Ni heureuse ni malheureuse.....3 Assez malheureuse.....4 Très malheureuse5</p> | |
| <p>LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES. POUR CHAQUE CAS, IL Y A CINQ REPONSES POSSIBLES : DITES-MOI, SVP, POUR CHAQUE QUESTION SI VOUS ETES TRES SATISFAITE, ASSEZ SATISFAITE, NI SATISFAITE NI INSATISFAITE, ASSEZ INSATISFAITE OU TRES INSATISFAITE. VOUS POUVEZ EGALEMENT REGARDER CES IMAGES POUR GUIDER VOS REPONSES. <i>Montrer le côté 2 de la carte-réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée pour les questions LS3 à LS13.</i> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DE VOTRE VIE DE FAMILLE ?</p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS ?</p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE actuelle/2013-2014, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?</p> | <p>Oui 1 Non.....2</p> | 2 ⇒ LS7 |
| <p>LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE ?</p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL/EMPLOI ACTUEL ?</p> | <p>N'a pas de travail/emploi0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTÉ ?</p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ? <i>Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.</i></p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |
| <p>LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?</p> | <p>Très satisfaite 1 Assez satisfaite2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite.....4 Très insatisfaite5</p> | |

| | | |
|--|--|--|
| LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ? | Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5 | |
| LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ? | Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5 | |
| LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? <i>Si l'enquêtée répond qu'elle n'a pas de revenu, encercler le code "0" et aller à la question suivante. Ne pas insister pour savoir comment elle se sent vis-à-vis du fait de ne pas avoir de revenu, à moins qu'elle ne le dise d'elle-même.</i> | N'a pas de revenu 0 Très satisfaite 1 Assez satisfaite 2 Ni satisfaite ni insatisfaite 3 Assez insatisfaite 4 Très insatisfaite 5 | |
| LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ? | Améliorée 1 Plus ou moins la même 2 Empiré 3 | |
| LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ? | Meilleure 1 Plus ou moins la même 2 Pire 3 | |
| WM11. Enregistrer l'heure. | Heure et minutes : | |
| WM12. Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15. <i>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?</i> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Compléter le résultat de ce questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture et puis aller au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencer l'interview avec cette enquête <input type="checkbox"/> Non ⇒ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture | | |

Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations du contrôleur/contrôleuse de terrain

Observations du superviseur

CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :

CARTE COTE 1

Très heureuse



Assez heureuse



Ni heureuse ni malheureuse



Assez malheureuse



Très malheureuse



CARTE COTE 2

Très satisfaite



Assez satisfaite



Ni satisfaite ni insatisfaite



Assez insatisfaite



Très insatisfaite

