



QUESTIONNAIRE FEMME  
version française

INSTITUT NATIONAL DE  
LA STATISTIQUE DU CONGO

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME		WM
<p><i>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.</i></p>		
<p><b>WM1.</b> Numéro de grappe : _____</p>	<p><b>WM2.</b> Numéro de ménage : _____</p>	
<p><b>WM3.</b> Nom de la femme : Nom.....</p>	<p><b>WM4.</b> Numéro de ligne de la femme: _____</p>	
<p><b>WM5.</b> Nom et code de l'enquêtrice : Nom.....</p>	<p><b>WM6.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / 201_</p>	
<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS FAISONS PARTIE DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INS). NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p><i>Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà été faite à cette répondante, lire la phrase suivante:</i> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE SANTE ET D'AUTRES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 45 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>		
<p>PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Oui, permission accordée</i> ⇨ Aller à WM8A. Puis enregistrer l'heure à WM10 et commencer l'entretien.</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Non, permission non accordée</i> ⇨ Encercler '03' à WM7. Discuter ce résultat avec le chef d'équipe.</p>		
<p><b>WM7.</b> Résultat de l'enquête femme</p>	<p>Rempli ..... 01 Pas à la maison ..... 02 Refusé ..... 03 Partiellement rempli ..... 04 Incapacité ..... 05 Autre (préciser) ..... 96</p>	
<p><b>WM8A.</b> Langue de l'entretien:</p> <p>Kituba.....1    Français.....3 Lingala.....2    Autre.....6</p>		
<p><b>WM10.</b> Enregistrer l'heure.</p>	<p>Heure et minutes..... : ..</p>	

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME		WB
<b>WB1.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE ?	Date de naissance : Mois ..... __ __ NSP mois ..... 98 Année ..... __ __ __ __ NSP année ..... 9998	
<b>WB2.</b> QUEL AGE AVEZ-VOUS ?  <i>Insister: QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>  <i>Comparer et corrigerWB1 et/ou WB2 si incohérentes</i>	Âge (en années révolues)..... __ __	
<b>WB3.</b> AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒WB7
<b>WB4.</b> QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle ..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire1 ..... 2 Secondaire2 ..... 3 Supérieur ..... 4	0⇒WB7
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe de ce niveau n'a pas été complétée, inscrivez "00".</i>	Année/classe ..... __ __	
<b>WB6.</b> Vérifier WB4:  <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur (WB4 = 2, 3 ou 4) ⇒ Aller au module suivant  <input type="checkbox"/> Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7.		
<b>WB7.</b> J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE.  <i>Montrer les phrases 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 ..... 4 (préciser langue)  Aveugle/problème de vue ..... 5	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/ COMMUNICATION		MT
<b>MT1. Vérifier WB7:</b> <input type="checkbox"/> Question laissée vide (Le répondant a fait des études secondaires ou supérieure) ⇨ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Est capable de lire ou pas de phrase dans une des langues demandées (codes 2, 3 or 4) ⇨ Continuer avec MT2 <input type="checkbox"/> Ne peut pas lire du tout ou aveugle (codes 1 ou 5) ⇨ Passer à MT3		
<b>MT2. A QUELLE FREQUENCE LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE:</b> 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	
<b>MT3. ECOUTEZ-VOUS LA RADIO: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT4. A QUELLE FREQUENCE SUIVEZ-VOUS LA TELEVISION: DIRIEZ-VOUS PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?</b>	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT5. Vérifier WB2: Age de la répondante :</b> <input type="checkbox"/> 15-24 ans ⇨ Continuer avec MT6 <input type="checkbox"/> 25-49 ans ⇨ Passer au module suivant (CM)		
<b>MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ MT9
<b>MT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ MT9
<b>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?</b>	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
<b>MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant (CM)
<b>MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET?</b>  <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation quel que soit le lieu et avec n'importe quel appareil.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant (CM)
<b>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?</b>	Presque chaque jour ..... 1 Au moins une fois par semaine ..... 2 Moins d'une fois par semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
<b>CM1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM8
<b>CM4.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE ET QUI VIVENT ACTUELLEMENT AVEC VOUS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM6
<b>CM5.</b> 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 ..... __ __	
<b>CM6.</b> AVEZ-VOUS DES FILS OU DES FILLES A QUI VOUS AVEZ DONNE NAISSANCE QUI SONT EN VIE MAIS QUI NE VIVENT PAS AVEC VOUS ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM8
<b>CM7.</b> 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..... __ __	
<b>CM8.</b> AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ?  <i>Si "Non" Insister et demander :</i>  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 ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒CM10
<b>CM9.</b> COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? <i>Si aucun, enregistrer '00'.</i>	Garçons décédés ..... __ __ Filles décédées ..... __ __	
<b>CM10.</b> <i>Sommer les réponses à CM5, CM7, et CM9.</i>	Somme ..... __ __	
<b>CM11.</b> JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL ( <i>nombre total</i> ) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?		
<input type="checkbox"/> <i>Oui.</i> ⇒ Vérifier ci-dessous : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance</i> ⇒ Aller au module SYMPTÔMES DE MALADIES</li> <li><input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes</i> ⇒ Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</li> </ul>		
<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**

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

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

BH N° DE LIGNE	BH1. QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	BH2. PARMIS CES NAISSANCES S'Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	BH3. (nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	BH4. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>	BH5. (nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	BH6. QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?  <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	BH7. EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	BH8. Enregistrer num. de ligne de l'enfant (de HL1)  <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	BH9. <i>Si décédé</i> : QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?  <i>Si "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 ans</i>	BH10. Y A-T-IL EU 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		
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	No de ligne	Unité	Nombre	O N
01		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ Ligne suivante	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	
02		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
03		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
04		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
05		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
06		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
07		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ⇒ BH9	___	1 2	___ ⇒ BH10	Jours 1 Mois 2 Années..... 3	___	1 2 Ajouter nais naissance suiv

Ligne	Nom	BH1.		BH2.		BH3.		BH4.		BH5.		BH6.		BH7.		BH8.		BH9.		BH10.		
		S	M	G	F	Mois	Année	O	N	Age	O	N	No de ligne	Unité	Nombre	O	N					
09		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
10		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
11		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
12		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
13		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
14		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
15		1	2	1	2	—	—	—	—	1	2	—	—	1	2	—	—	Jours 1 Mois 2 Années.....3	—	—	1	2
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..... NON.....							1⇨ 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) **2012/2013** (si le mois de l'entretien et le mois de naissance sont les mêmes et l'année de naissance est **2012/2013** 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 SYMPTOMES DES MALADIES.

Une ou plusieurs naissances vivantes dans les 2 dernières années. ⇨ Enregistrer le nom du dernier-né et continuer avec le module suivant

Nom de l'enfant \_\_\_\_\_

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

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE		DB
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____. Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>		
<p><b>DB1.</b> QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (<i>nom</i>), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA?</p>	<p>Oui..... 1 Non ..... 2</p>	<p>1⇒ Module suivant (MN)</p>
<p><b>DB2.</b> VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?</p>	<p>Plus tard..... 1 Pas d'enfant..... 2</p>	<p>2⇒ Module suivant (MN)</p>
<p><b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE? <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée</i></p>	<p>Mois ..... 1 __ __ Années..... 2 __ __ NSP..... 998</p>	

SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE		MN												
<p><i>Ce module doit être administré à toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les 2 ans précédant la date de l'enquête. Enregistrer le nom du dernier-né de CM13 ici : _____. Utiliser le nom de cet enfant dans les questions suivantes, à l'endroit indiqué.</i></p>														
<p><b>MN1.</b> AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	2 → MN5												
<p><b>MN2.</b> QUI AVEZ-VOUS VU ?</p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i></p>	<p>Professionnel de la santé :</p> <p>Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière ..... C Sage-femme auxiliaire ..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Autre (préciser) ..... X</p>													
<p><b>MN2A.</b> DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i></p>	<p>Semaines ..... 1 ___ Mois ..... 2 0 ___ NSP ..... 998</p>													
<p><b>MN3.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le nombre de fois que des soins prénatals ont été reçus. Si plusieurs nombres sont avancés enregistrer le nombre minimum. Si plus de 10 fois enregistrer '10'</i></p>	<p>Nombre de fois ..... ___ NSP ..... 98</p>													
<p><b>MN4.</b> DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</p> <p>[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Échantillon d'urine ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension ..... 1	1	2	Échantillon d'urine ..... 1	1	2	Prélèvement sanguin ..... 1	1	2	
	Oui	Non												
Tension ..... 1	1	2												
Échantillon d'urine ..... 1	1	2												
Prélèvement sanguin ..... 1	1	2												
<p><b>MN5.</b> AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</p> <p>PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT ?</p> <p><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><b>MN6.</b> QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'ÉPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8</p>	2 → MN9 8 → MN9												
<p><b>MN7.</b> COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?</p> <p><i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i></p>	<p>Nombre de fois ..... ___ NSP ..... 8</p>	8 → MN9												
<p><b>MN8.</b> Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?</p> <p><input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. → Aller à MN12</p> <p><input type="checkbox"/> Une seule injection au cours de la dernière grossesse. → Continuer avec MN9</p>														
<p><b>MN9.</b> EST-CE QU'A N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8</p>	2 → MN12 8 → MN12												



SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE (SUITE 2)		MN
<b>MN19.</b> AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE ( <i>nom</i> ) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇨ MN20
<b>MN19A.</b> QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?  ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?	Avant..... 1  Après..... 2	
<b>MN20.</b> QUAND ( <i>nom</i> ) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?	Très gros..... 1 Plus gros que la moyenne ..... 2 Moyen ..... 3 Plus petit que la moyenne ..... 4 Très petit..... 5 NSP..... 8	
<b>MN21.</b> ( <i>nom</i> ) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8	2⇨ MN23 8⇨ MN23
<b>MN22.</b> COMBIEN ( <i>nom</i> ) PESAIT-IL/ELLE ?  <i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i>	Du carnet de santé..... 1 (kg) __ , ____  De mémoire ..... 2 (kg) __ , ____  NSP..... 99998	
<b>MN23.</b> EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE ( <i>nom</i> ) ?	Oui..... 1 Non..... 2	
<b>MN24.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE ( <i>nom</i> ) ?	Oui..... 1 Non..... 2	2⇨ Module suivant (PN)
<b>MN25.</b> 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	
<b>MN26.</b> DANS LES 3 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⇨ Module suivant (PN)
<b>MN27.</b> 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	

**EXAMENS DE SANTE 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.*

*Vérifier le module " Fécondité/Historique des naissances" à CM13 et enregistrer le nom du dernier nouveau-né 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 (nom).

VOUS AVEZ DIT QUE VOUS AVEZ ACCOUCHE A (nom ou type de structure sanitaire MN18). COMBIEN DE TEMPS ETES-VOUS RESTEE LA-BAS APRES L'ACCOUCHEMENT?

*Si c'est moins d'une journée, noter en heures.*

*Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.*

*Autrement, noter en semaines.*

Heures.....1 \_\_\_

Jours.....2 \_\_\_

Semaines .....3 \_\_\_

NSP/ne se rappelle pas .....998

**PN3.** JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (nom) APRES L'ACCOUCHEMENT – PAR EXEMPLE, SI QUELQU'UN A EXAMINE (nom), VERIFIE LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (nom) SE PORTE BIEN.

AVANT D'AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (nom)?

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 (nom ou type de structure sanitaire MN18)?

Oui..... 1

Non..... 2

**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)?

Oui..... 1

Non..... 2

1⇨PN11

2⇨PN16

**PN6.** Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement?

Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire (MN17=A-G) ⇨ Continuer avec PN7

Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé, ni accoucheuse traditionnelle, ni agent de santé communautaire (A-G pas encerclé à MN17) ⇨ Aller à PN10

EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 1)		PN
<p><b>PN7.</b> VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) VOUS A/ONT ASSISTE A L'ACCOUCHEMENT. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VU SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES L'ACCOUCHEMENT ET AVANT QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) NE VOUS QUITTE, EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) ?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	
<p><b>PN8.</b> ET EST-CE QUE (<i>la ou les personnes à MN17</i>) A/ONT CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE AVANT SON/LEUR DEPART?</p> <p>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><b>PN9.</b> APRES LE DEPART DE (<i>la ou les personnes à MN17</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN11 2 ⇨ PN18</p>
<p><b>PN10.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (<i>nom</i>) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (<i>nom</i>), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (<i>nom</i>) SE PORTE BIEN.</p> <p>APRES LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?</p>	<p>Oui ..... 1 Non ..... 2</p>	<p>2 ⇨ PN19</p>
<p><b>PN11.</b> UN TEL 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><b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT UN TEL CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><b>PN12B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, noter en jours. Autrement, noter en semaines.</i></p>	<p>Heures ..... 1 ___ Jours ..... 2 ___ Semaines ..... 3 ___ NSP/ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>PN13.</b> QUI A CONTROLE LA SANTE DE (<i>nom</i>) A CE MOMENT-LA?</p>	<p>Professionnel de la santé: Médecin ..... A Sage-femme ..... B Infirmière ..... C Sage femme auxiliaire ..... D Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G Parent/Ami ..... H Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	

EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 2)		PN
<p><b>PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE?</b></p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée ..... 11</p> <p>Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé Intégré ..... 22</p> <p>Poste de santé gouvernemental ..... 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé ..... 31</p> <p>Clinique privée..... 32</p> <p>Maternité privée ..... 33</p> <p>Autre médical privé</p> <p>(<i>préciser</i>) _____ 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) _____ 96</p>	
<p><b>PN15. Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 31-36) ⇨ Continuer avec PN16</p> <p><input type="checkbox"/> Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇨ Aller à PN17</p>		
<p><b>PN16. APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ Module suivant (IS)</p>
<p><b>PN17. Vérifier MN17: Est-ce qu'un professionnel de la santé, accoucheuse traditionnelle, ou agent de santé communautaire vous a assisté à l'accouchement?</b></p> <p><input type="checkbox"/> Oui, accouchement assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇨ Continuer avec PN18</p> <p><input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇨ Aller à PN19</p>		
<p><b>PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN20</p> <p>2 ⇨ Module suivant (IS)</p>
<p><b>PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE?</b></p> <p>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</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2 ⇨ Module suivant (IS)</p>
<p><b>PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?</b></p>	<p>Une fois ..... 1</p> <p>Plus d'une fois ..... 2</p>	<p>1 ⇨ PN21A</p> <p>2 ⇨ PN21B</p>

EXAMENS DE SANTE POST NATALS (SUITE 3)		PN
<p><b>PN21A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU?</p> <p><b>PN21B.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER CONTROLE?</p> <p><i>Si c'est moins d'une journée, Noter en heures. Si c'est moins d'une semaine, Noter en jours. Autrement, Noter en semaines.</i></p>	<p>Heures ..... 1 __ __</p> <p>Jours ..... 2 __ __</p> <p>Semaines ..... 3 __ __</p> <p>NSP/ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>PN22.</b> QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?</p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin ..... A</p> <p>Sage-femme ..... B</p> <p>Infirmière ..... C</p> <p>Sage-femme auxiliaire ..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle ..... F</p> <p>Agent de santé communautaire ..... G</p> <p>Parent/Ami ..... H</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	
<p><b>PN23.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type de source.</i></p> <p><i>S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, ECRIRE LE nom du lieu.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom du lieu)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée ..... 11</p> <p>Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital gouvernemental ..... 21</p> <p>Clinique/centre de santé Intégré ..... 22</p> <p>Poste de santé gouvernemental ..... 23</p> <p>Autre public (<i>préciser</i>) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé ..... 31</p> <p>Clinique privée ..... 32</p> <p>Maternité privée ..... 33</p> <p>Autre médical privé</p> <p>(<i>préciser</i>) ..... 36</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... 96</p>	

SYMPTOMES DE MALADIES		IS
<p><b>IS1. Vérifier la feuille d'enregistrement des membres du ménage HL15 et HL7B</b></p> <p>L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui. ⇨ Continuer avec IS2.</p> <p><input type="checkbox"/> Non. ⇨ Aller au Module suivant.</p>		
<p><b>IS2. IL ARRIVE PARFOIS QUE LES ENFANTS SOIENT GRAVEMENT MALADES ET DOIVENT ETRE CONDUITS IMMEDIATEMENT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE.</b></p> <p>QUELS SONT LES TYPES DE SYMPTOMES QUI VOUS INCITERAIENT A AMENER IMMEDIATEMENT UN ENFANT DE MOINS DE 5 ANS DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ?</p> <p><i>Insister :</i></p> <p>AUCUN AUTRE SYMPTOME ?</p> <p>Insister pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou la gardienne ne puisse plus citer d'autre signes ou symptômes.</p> <p>Encercler tous les symptômes mentionnés, mais <u>ne pas</u> suggérer de réponses</p>	<p>Enfant incapable de boire ou de téter .....A</p> <p>État de l'enfant s'aggrave .....B</p> <p>Enfant devient fiévreux..... C</p> <p>Enfant respire rapidement..... D</p> <p>Enfant a des difficultés à respirer .....E</p> <p>Enfant a du sang dans les selles ..... F</p> <p>Enfant boit difficilement ..... G</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... Y</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... Z</p>	

CONTRACEPTION		CP
<p><b>CP1. JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</b></p> <p>ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?</p>	<p>Oui, actuellement enceinte ..... 1</p> <p>Non .....2</p> <p>Pas sûre ou NSP .....8</p>	<p>1⇨ CP2A</p>
<p><b>CP2. CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</b></p> <p>EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non .....2</p>	<p>1⇨ CP3</p>
<p><b>CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISER UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</b></p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non .....2</p>	<p>1⇨ Module suivant</p> <p>2⇨ Module suivant</p>
<p><b>CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</b></p> <p>Ne pas suggérer de réponse.</p> <p>Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</p>	<p>Stérilisation féminine..... A</p> <p>Stérilisation masculine ..... B</p> <p>DIU..... C</p> <p>Injections ..... D</p> <p>Implants ..... E</p> <p>Pilules ..... F</p> <p>Condom masculin ..... G</p> <p>Condom féminin ..... H</p> <p>Diaphragme ..... I</p> <p>Mousse/gelée ..... J</p> <p>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) ..... K</p> <p>Abstinence périodique/Rythme ..... L</p> <p>Retrait ..... M</p> <p>Autre (<i>préciser</i>) ..... X</p>	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
<b>UN1. Vérifier CP1. Actuellement enceinte?</b> <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Aller à UN5		
<b>UN2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?</b>	Oui .....1 Non .....2	1 ⇒ UN4
<b>UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?</b>	Plus tard .....1 Pas d'autre enfant .....2	
<b>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?</b>	Avoir un autre enfant .....1 Pas d'autre enfant .....2 Indécise /NSP .....8	1 ⇒ UN7 2 ⇒ UN13 8 ⇒ UN13
<b>UN5. Vérifier CP3. Utilisez la stérilisation féminine?</b> <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
<b>UN6. MAINTENANT JE VOUDRAI 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?</b>	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
<b>UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?</b>	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
<b>UN8. Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?</b> <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		

**BESOINS NON SATISFAITS (SUITE)**

**UN**

**UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?**

- Oui. ⇒ Aller à UN13
- 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

une femme qui n'est pas en union peut être capable de tomber enceinte si elle a des rapports sexuels occasionnels

**UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?**

- Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents ..... A
- Ménopause ..... B
- N'a jamais eu de règles ..... C
- Hystérectomie (utérus enlevé) ..... D
- Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès ..... E
- Est en aménorrhée postpartum ..... F
- Allaite ..... G
- Trop âgée ..... H
- Fataliste ..... I
- Autre (*préciser*) ..... X
- NSP ..... Z

**UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?**

- Oui. ⇒ Aller au Module suivant
- Non ⇒ Continuer avec UN13

**UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?**

- Jours ..... 1 \_\_ \_\_
- Semaines ..... 2 \_\_ \_\_
- Mois ..... 3 \_\_ \_\_
- Années ..... 4 \_\_ \_\_
- Ménopausée /
  - A eu une hystérectomie ..... 994
  - Avant la dernière naissance ..... 995
  - N'a jamais eu de règles ..... 996

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE		DV		
<b>DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRAIRE OU EN COLERE A CAUSE DE CERTAINES CHOSES QUE FAIT SA FEMME. A VOTRE AVIS, EST-IL JUSTIFIE QU'UN MARI FRAPPE OU BATTE SA FEMME DANS LES SITUATIONS SUIVANTES :</b>  [A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ? [B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ? [C] SI ELLE ARGUMENTE AVEC LUI ? [D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ? [E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ? [F] SI ELLE NE RESPECTE PAS LA BELLE-FAMILLE ? [G] SI ELLE EST INFIDELE ? [H] SI ELLE MANQUE DE RESPECT A SON MARI ? [I] SI ELLE DEPENSE SANS L'AUTORISATION DU MARI ?		Oui	Non	NSP
	Sort sans le lui dire .....	1	2	8
	Néglige les enfants .....	1	2	8
	Argumente.....	1	2	8
	Refuse les rapports sexuels.....	1	2	8
	Brûle la nourriture .....	1	2	8
	Ne respecte pas la belle-famille.....	1	2	8
	Est infidèle.....	1	2	8
	Manque de respect à son mari.....	1	2	8
	Dépense sans autorisation.....	1	2	8

MARIAGE/UNION		MA	
<b>MA1. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?</b>	Oui, actuellement mariée..... 1 Oui, vit avec un homme ..... 2 Non, pas en union ..... 3	3 ⇨	MA5
<b>MA2. QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ?</b>  <i>Insister: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>	Age en années ..... __ __ NSP..... 98		
<b>MA3. EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇨	MA7
<b>MA4. COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL EN DEHORS DE VOUS ?</b>	Nombre ..... __ __ NSP..... 98	⇨	MA7 98 ⇨ MA7
<b>MA5. AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?</b>	Oui, a été mariée..... 1 Oui, a vécu avec un homme ..... 2 Non..... 3	3 ⇨	Module suivant
<b>MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?</b>	Veuve..... 1 Divorcée..... 2 Séparée ..... 3		
<b>MA7. AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?</b>	Une seule fois..... 1 Plus d'une fois ..... 2	1 ⇨ 2 ⇨	MA8A MA8B
<b>MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIES ?</b>	Date du (premier) mariage Mois..... __ __ NSP Mois..... 98		Année Connue
<b>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 COMME SI VOUS ETIEZ MARIES ?</b>	Année..... __ __ __ __ NSP Année..... 9998	⇨	Module suivant
<b>MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?</b>	Age en Années ..... __ __		

COMPORTEMENT SEXUEL		SB
<b>Vérifier la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faire tout ce qui est possible pour être en privé avec l'enquêtée.</b>		
<b>SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE.</b>  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 Age en années .....__ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire .....95	00 ⇨ Module suivant (HA)
<b>SB2. LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2  NSP / Ne se souvient pas .....8	
<b>SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?</b>  <i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, semaines ou mois si moins de 12 mois (1 an).</i> <i>Si 12 mois (1 an) ou plus de 12 mois, la réponse doit être enregistrée en années.</i>	Il y a ... jours ..... 1 __ __ Il y a ... semaines ..... 2 __ __ Il y a ... mois ..... 3 __ __ Il y a ...ans ..... 4 __ __	4 ⇨ SB15
<b>SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2	
<b>SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS?</b> <i>Insister pour vous assurer que la réponse se 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? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Mari.....1 Partenaire cohabitant .....2 Petit ami .....3 Rencontre occasionnelle .....4  Autre (préciser) ..... 6	3 ⇨ SB7 4 ⇨ SB7  6 ⇨ SB7
<b>SB6. Vérifier MA1:</b> <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		
<b>SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</b>  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel .....__ __ NSP .....98	
<b>SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Oui .....1 Non .....2	2 ⇨ SB15
<b>SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</b>	Oui .....1 Non .....2	
<b>SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?</b> <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? Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.	Mari.....1 Partenaire cohabitant .....2 Petit ami .....3 Rencontre occasionnelle .....4  Autre (préciser) ..... 6	3 ⇨ SB12 4 ⇨ SB12  6 ⇨ SB12
<b>SB11. Vérifier MA1 et MA7:</b> <input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ET A été mariée ou a vécu avec un homme seulement une fois (MA7 = 1) ⇨ Aller à SB13 <input type="checkbox"/> Sinon ⇨ Continuer avec SB12		

COMPORTEMENT SEXUEL (SUITE)		SB
<b>SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</b>  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel ..... __ __  NSP ..... 98	
<b>SB13. MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Oui..... 1 Non..... 2	2⇒SB15
<b>SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</b>	Nombre de partenaires ..... __ __	
<b>SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ?</b>  <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>	Nombre de partenaires au cours de la vie..... __ __  NSP ..... 98	

VIH/SIDA				HA
<b>HA1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....	1		2⇨ Module suivant (MM)
	Non .....	2		
<b>HA2.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN AYANT SEULEMENT UN PARTENAIRE SEXUEL QUI N'EST PAS INFECTE ET QUI N'A AUCUN AUTRE PARTENAIRE ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA3.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA4.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT REDUIRE LEUR RISQUE DE CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN UTILISANT UN CONDOM CHAQUE FOIS QU'ILS ONT DES RAPPORTS SEXUELS ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA5.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA6.</b> EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA7.</b> EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA8.</b> EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE :				
[A] AU COURS DE LA GROSSESSE ?			Oui Non NSP	
[B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ?	Au cours de la grossesse .....	1	2	8
[C] EN ALLAITANT ?	Pendant l'accouchement .....	1	2	8
	En allaitant .....	1	2	8
<b>HA8A.</b> Vérifier HA8[A], [B] et [C]: <input type="checkbox"/> Toutes: 'Non' ou 'NSP' <input type="checkbox"/> Aller à HA9. <input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' <input type="checkbox"/> Continuer avec HA8B.				
<b>HA8B.</b> EST-CE QU'IL Y A DES MEDICAMENTS SPECIAUX QU'UN MEDECIN OU UNE INFIRMIERE PEUT DONNER A UNE FEMME QUI A LE VIRUS DU SIDA POUR REDUIRE LE RISQUE DE TRANSMISSION A SON BEBE ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP.....	8		
<b>HA9.</b> À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend .....	8		
<b>HA10.</b> EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend .....	8		
<b>HA11.</b> 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 dépend .....	8		
<b>HA12.</b> SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend .....	8		
<b>HA12A.</b> PENSEZ-VOUS QUE LES ENFANTS VIVANT AVEC LE VIRUS DU SIDA POURRAIENT FREQUENTER LA MEME ECOLE QUE LES ENFANTS QUI N'ONT PAS LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....	1		
	Non .....	2		
	NSP / Pas sûre / Ça dépend .....	8		
<b>HA13.</b> 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				
<b>HA14.</b> Vérifier MN1: 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				

VIH/SIDA (SUITE)				HA
<b>HA15.</b> AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE ( <i>nom</i> ),  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	
<b>HA16.</b> 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		2⇒ HA19
	Non .....	2		8⇒ HA19
	NSP .....	8		
<b>HA17.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui .....	1		2⇒ HA22
	Non .....	2		2⇒ HA22
	NSP .....	8		
<b>HA18.</b> QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSEILS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.  APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSEILS ?	Oui .....	1		1⇒ HA22
	Non .....	2		2⇒ HA22
	NSP .....	8		8⇒ HA22
<b>HA19.</b> Vérifier MN17 : <i>Accouchement par un professionnel de la santé (A, B,C ou D)?</i> <input type="checkbox"/> Oui, <i>accouchement par un professionnel de la santé</i> ⇒ Continuer avec HA20 <input type="checkbox"/> NON, ACCOUCHEMENT PAS ASSISTE PAR UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE ⇒ ALLER A HA24				
<b>HA20.</b> 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		2⇒ HA24
	Non .....	2		
<b>HA21.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		
<b>HA22.</b> AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui .....	1		1⇒ HA25
	Non .....	2		
<b>HA23.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois .....	1		1⇒ Module suivant
	Il y a 12-23 mois .....	2		2⇒ Module suivant
	Il y a 2 ans ou plus .....	3		3⇒ Module suivant
<b>HA24.</b> 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		2⇒ HA27
	Non .....	2		
<b>HA25.</b> 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		
<b>HA26.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui .....	1		1⇒ Module suivant
	Non .....	2		2⇒ Module suivant
	NSP .....			8⇒ Module suivant
<b>HA27.</b> CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui .....	1		
	Non .....	2		

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

	[S1] Le/la+ âgé(e)	[S2] Après le/la+ âgé(e)	[S3] Suivant(e)	[S4] Suivant(e)
<b>MM4.</b> QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> 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
<b>MM6.</b> 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]
<b>MM7.</b> QUEL AGE A ( <i>nom</i> )?	__ __ ⇨ Aller à [S2]	__ __ ⇨ Aller à [S3]	__ __ ⇨ Aller à [S4]	__ __ ⇨ Aller à [S5]
<b>MM8.</b> IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDE(E)?	__ __	__ __	__ __	__ __
<b>MM9.</b> QUEL AGE AVAIT ( <i>nom</i> ) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	__ __	__ __	__ __	__ __
<b>MM9A.</b> Vérifier MM5 et MM9.  Est-ce-qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?	<input type="checkbox"/> Oui⇨ Aller à [S2]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S3]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S4]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S5]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con- tinuer à MM10
<b>MM10.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui..... 1 ⇨ MM13 Non..... 2
<b>MM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui ..... 1 ⇨ MM13 Non ..... 2	Oui..... 1 ⇨ MM13 Non..... 2
<b>MM12.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui ..... 1 Non ..... 2	Oui..... 1 Non..... 2
<b>MM13.</b> A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS ( <i>nom</i> ) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	__ __	__ __	__ __	__ __
<b>MM14.</b>	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant(TA)	Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)

	[S5] Suivant	[S6] Suivant	[S7] Suivante	[S8] Suivante
<b>MM4.</b> QUEL EST LE NOM DE VOTRE FRERE/SŒUR LE/LA PLUS AGE(E) (ET DU/DE LA SUIVANT(E) ?	_____	_____	_____	_____
<b>MM5.</b> 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
<b>MM6.</b> 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]
<b>MM7.</b> QUEL AGE A ( <i>nom</i> )?	___ ___ ⇨Aller à [S6]	___ ___ Aller à [S7]	___ ___ Aller à [S8]	___ ___ Aller à [S9]
<b>MM8.</b> IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDE(E)?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
<b>MM9.</b> QUEL AGE AVAIT ( <i>nom</i> ) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
<b>MM9A.</b> Vérifier MM5 et MM9.  <i>Est-ce qu'il s'agit d'un frère ou d'une sœur décédée avant 12 ans ?</i>	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S6]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con-tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S7]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con-tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S8]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con-tinuer à MM10	<input type="checkbox"/> Oui ⇨ Aller à [S9]  <input type="checkbox"/> Non ⇨ Con-tinuer à MM10
<b>MM10.</b> EST-CE QUE ( <i>nome</i> ) ETAIT ENCEINTE QUAND ELLE EST DECEDEE ?	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2
<b>MM11.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DURANT UN ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non..... 2	Oui 1 ⇨MM13 Non ..... 2
<b>MM12.</b> EST-CE QUE ( <i>nom</i> ) EST DECEDEE DANS LES 2 MOIS QUI ONT SUIVI LA FIN DE LA GROSSESSE OU L'ACCOUCHEMENT ?	Oui 1 Non ..... 2	Oui 1 Non ..... 2	Oui 1 Non..... 2	Oui 1 Non ..... 2
<b>MM13.</b> A COMBIEN D'ENFANTS VIVANTS ( <i>nom</i> ) A-T-ELLE DONNE NAISSANCE DANS TOUTE SA VIE ?	___ ___	___ ___	___ ___	___ ___
<b>MM14.</b>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant(TA)</i>	<i>Si plus de frères /sœurs, module suivant (TA)</i>
<i>Mettre une croix ici si un autre questionnaire est utilisé</i> <input type="checkbox"/>				

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL		TA
<b>TA1.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER UNE CIGARETTE, MEME UNE OU DEUX BOUFFEES?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA6
<b>TA2.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME UNE CIGARETTE ENTIERE POUR LA PREMIERE FOIS?	Jamais fumé une cigarette entière ..... 00 Age..... ____	00⇒TA6
<b>TA3.</b> FUMEZ-VOUS DES CIGARETTES ACTUELLEMENT?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA6
<b>TA4.</b> AU COURS DES DERNIERES 24H, COMBIEN DE CIGARETTES AVEZ-VOUS FUME?	Nombre de cigarettes ..... ____	
<b>TA5.</b> 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>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	
<b>TA6.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DES PRODUITS DE TABAC AUTRES QUE LES CIGARETTES, COMME LES CIGARES, LA CHICHA, LES CIGARRILLOS OU LA PIPE?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA10
<b>TA7.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS CONSOMME UN DE CES PRODUITS DE TABAC A FUMER ?	Oui .....1 Non .....2	2⇒TA10
<b>TA8.</b> QUEL TYPE DE PRODUITS DE TABAC A FUMER AVEZ-VOUS CONSOMME AU COURS DU DERNIER MOIS?  <i>Encercler tout ce qui a été mentionné.</i>	Cigares ..... A Chicha..... B Cigarrillos..... C Pipe..... D  Autre ( <i>préciser</i> ) ..... X	
<b>TA9.</b> 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>	Nombre de jours..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	

CONSOMMATION DE TABAC ET D'ALCOOL (SUITE)		TA
<b>TA10.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS COMME LE TABAC A CHIQUER, A PRISER OU DIP?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ TA14
<b>TA11.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE DES PRODUITS DE TABAC QUI NE SE FUMENT PAS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ TA14
<b>TA12.</b> 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>	Tabac à chiquer (mâcher) ..... A A priser ..... B DipC Autre (préciser) _____ X	
<b>TA13.</b> 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>	Nombre de jours ..... 0 ____ 10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10 Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30	
<b>TA14.</b> MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL.  AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, VODKA, WHISKY, RHUM, ALCOOL DE MAIS (BOGANDA, LOKOTO), BIERE DE CANNE A SUCRE (LOUINGWILA), BIERE DE SUCRE (KELEWELE).  QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool ..... 00 Age ..... ____	00 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA16.</b> 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>	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 jour ..... 30	00 ⇨ Module suivant (LS)
<b>TA17.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ..... ____	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
<b>LS1. Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?</b> <input type="checkbox"/> Age 25 à 49 → Aller à WM11 <input type="checkbox"/> Age 15 à 24 → Continuer avec LS2		
<b>LS2. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SIMPLES A PROPOS DU BONHEUR ET DE LA SATISFACTION.</b>  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 coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.</i>	Très heureuse ..... 1 Assez heureuse ..... 2 Ni heureuse ni malheureuse ..... 3 Assez malheureuse ..... 4 Très malheureuse ..... 5	
<b>LS3. MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION DANS DIFFERENTS DOMAINES.</b>  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 coté 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?	Très satisfaite ..... 1 Assez satisfaite ..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3 Assez insatisfaite ..... 4 Très insatisfaite ..... 5	
<b>LS4. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS?</b>	Très satisfaite ..... 1 Assez satisfaite ..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3 Assez insatisfaite ..... 4 Très insatisfaite ..... 5	
<b>LS5. DURANT L'ANNEE SCOLAIRE actuelle 2014-2015, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 → LS7
<b>LS6. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE?</b>	Très satisfaite ..... 1 Assez satisfaite ..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3 Assez insatisfaite ..... 4 Très insatisfaite ..... 5	
<b>LS7. QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL?</b>	N'a pas de travail ..... 0 Très satisfaite ..... 1 Assez satisfaite ..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3 Assez insatisfaite ..... 4 Très insatisfaite ..... 5	
<b>LS8. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?</b>	Très satisfaite ..... 1 Assez satisfaite ..... 2 Ni satisfaite ni insatisfaite ..... 3 Assez insatisfaite ..... 4 Très insatisfaite ..... 5	

SATISFACTION DE LA VIE (SUITE)		LS
<b>LS9.</b> 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>	Très satisfaite .....	1
	Assez satisfaite .....	2
	Ni satisfaite ni insatisfaite .....	3
	Assez insatisfaite .....	4
	Très insatisfaite .....	5
<b>LS10.</b> QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite .....	1
	Assez satisfaite .....	2
	Ni satisfaite ni insatisfaite .....	3
	Assez insatisfaite .....	4
	Très insatisfaite .....	5
<b>LS11.</b> 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
<b>LS12.</b> 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
<b>LS13.</b> 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. N'insister pas 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
<b>LS14.</b> 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
<b>LS15.</b> ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, PENSEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SERA MEILLEURE, SERA PLUS OU MOINS LA MEME OU SERA PIRE ?	Meilleure .....	1
	Plus ou moins la même .....	2
	Pire.....	3

<b>WM11.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes..... : ____
-----------------------------------	------------------------------

**WM12.** Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.  
 L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage ?

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 enquêtée.

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'ENQUETEUR/ENQUETRICE

### OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

#### CARTE-REPONSE POUR MODULE SATISFACTION DE VIE :

