



**ENQUÊTE PAR GRAPPES À INDICATEURS MULTIPLES- MICS 5  
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**

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 séquentiel 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'enquêteur/enquêtrice : Nom _____</p>	<p><b>WM6.</b> Jour / Mois / Année de l'interview : _____ / _____ / <b>2014</b></p>	

<p><i>Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée:</i> NOUS SOMMES DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. NOUS TRAVAILLONS SUR UNE ENQUETE CONCERNANT LA SANTE ET LA SITUATION DES ENFANTS, DES FEMMES ET DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE ENVIRON 30 A 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 30 A 45 MINUTES. ENCORE UNE FOIS, TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET ANONYMES.</p>
---	--

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 votre chef d'équipe.*

<b>WM7.</b> Résultat de l'enquête femme	Rempli .....	01
	Pas à la maison .....	02
	Refusé .....	03
	Partiellement rempli .....	04
	Incapacité .....	05
	Autre( <i>Préciser</i> ) _____	96

<p><b>WM8.</b> Contrôleuse/Contrôleur de terrain (Nom et code): Nom _____</p>	<p><b>WM9.</b> Agent de saisie (Nom et code) : Nom _____</p>
---	--

<b>WM10.</b> Enregistrer l'heure.	Heure et minutes ..... : ..	
-----------------------------------	-----------------------------	--

<b>CARACTERISTIQUES DE LA FEMME</b>	<b>WB</b>
-------------------------------------	-----------

<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 Secondaire ..... 2 Supérieur..... 3	0⇒WB7
<b>WB5.</b> QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHIEVEE A CE NIVEAU ?  <i>Si la 1<sup>ère</sup> année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrire "x0".</i>	Année/classe.....	

**CODES WB5**

NIVEAU	PRIMAIRE (NIVEAU=1)	SECONDAIRE (NIVEAU=2)	SUPERIEUR (NIVEAU=3)
CLASSE	SIL/Class1 = 11	6 <sup>ème</sup> /1 <sup>ère</sup> A/Form1 = 21	1 <sup>ère</sup> année/1 <sup>st</sup> year = 31
	CP/Class2 = 12	5 <sup>ème</sup> /2 <sup>ème</sup> A/Form2 = 22	2 <sup>ème</sup> année/2 <sup>nd</sup> year = 32
	CE1/Class3 = 13	4 <sup>ème</sup> /3 <sup>ème</sup> A/Form3 = 23	3 <sup>ème</sup> année/3 <sup>rd</sup> year = 33
	CE2/Class4 = 14	3 <sup>ème</sup> /4 <sup>ème</sup> A/Form4 = 24	4 <sup>ème</sup> année/4 <sup>th</sup> year = 34
	CM1/Class5 = 15	2 <sup>nde</sup> G ou T/Form5 = 25	5 <sup>ème</sup> année ou plus/5 <sup>th</sup> year or more = 35
	CM2/Class6/Class7 = 16	1 <sup>ère</sup> G ou T/Low er6 = 26	
		T <sup>e</sup> G ou T/Upper7 = 27	

**WB6.** Vérifier WB4:

Secondaire ou supérieur (WB4 = 2 ou 3) ⇒ Aller au module suivant

Primaire (WB4=1) ⇒ Continuer avec WB7

<b>WB7.</b> J'AIMERAIS 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 ..... 4 <i>(Préciser langue)</i>  Aveugle/problème de vue ..... 5	
--	--	--

**ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION**

**MT**

**MT1. Vérifier WB7:**

- Question laissée vide (la répondante a fait des études secondaires ou supérieures) ⇒ Continuer avec MT2
- Est capable de lire ou pas de 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

<b>MT2.</b> A 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	
---	---	--

<b>MT3.</b> 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 semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
--	---	--

<b>MT4.</b> A 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 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		

<b>MT6.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MT9
--	----------------------------	---------

<b>MT7.</b> AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ MT9
---	----------------------------	---------

<b>MT8.</b> 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 semaine ..... 3 Pas du tout ..... 4	
--	---	--

<b>MT9.</b> AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ Module suivant
---	----------------------------	--------------------

<b>MT10.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET?  <i>Si nécessaire, insister pour connaître l'utilisation d'Internet quels que soient le lieu et l'appareil.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2 ⇒ Module suivant
---	----------------------------	--------------------

<b>MT10A.</b> OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?  AUTRE LIEU?  <i>Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités</i>	A domicile ..... A Au lieu de travail ..... B Au lieu d'études ..... C Au domicile d'un autre particulier ..... D Au cyber café/ Installation commerciale d'accès à Internet ..... E Installation communautaire d'accès à Internet (télécentre communautaire, etc.) ..... F N'importe où via un téléphone mobile ..... G N'importe où via d'autres appareils mobiles (tablettes, etc.) ..... H Autre (Préciser) ..... X	
--	---	--

<b>MT11.</b> 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 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 DONNE NAISSANCE ?	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> Faire la somme des réponses à CM5, CM7 et CM9	Somme..... __ __	
<b>CM11.</b> JE VOUDRAIS ETRE SURE D'AVOIR BIEN COMPRIS : VOUS AVEZ EU AU TOTAL (nombre total à CM10) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT ?  <input type="checkbox"/> <i>Oui. ⇒Vérifier ci-dessous :</i> <input type="checkbox"/> <i>Pas de naissance vivante ⇒Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES</i> <input type="checkbox"/> <i>Une ou plusieurs naissances vivantes ⇒Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES</i> <input type="checkbox"/> <i>Non ⇒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</i>		

## HISTORIQUE DES NAISSANCES

BH

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, utilisez un autre questionnaire.

BH RANG DE NAIS- SAN- CE	BH1.	BH2.		BH3.		BH4.		BH5.		BH6.	BH7.		BH8.	BH9.		BH10.		
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (premier/suivant) ENFANT?	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?		(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?		EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)?  <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		(Nom) EST- IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?		QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVER- SAIRE ?  <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?		Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HLI du questionnaire ménage)  <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	<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 années</i>		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?		
	Nom	S	M	G	F	Mois	Année		O	N	Age	O	N	N°de ligne	Unité	Nombre	O	N
01		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ Ligne suivante	___		
02		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2
03		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2
04		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2
05		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2
06		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2
07		1	2	1	2	___	___	___	1	2	___	1	2	___	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3 ⇒ BH10	___	1	2

BH RANG DE NAISSANCE	BH1.	BH2.	BH3.	BH4.		BH5.	BH6.	BH7.	BH8.	BH9.		BH10.	
	QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE ENFANT? (premier/suivant)	PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX?	(Nom) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ?	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (nom)? <i>Insister: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?</i>		(Nom) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE?	QUEL AGE A EU (nom) A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?  <i>Enregistrer l'âge en années révolues.</i>	EST-CE QUE (nom) HABITE AVEC VOUS ?	Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HLI du questionnaire ménage)  <i>Noter "00" si enfant n'est pas dans le ménage.</i>	<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 années</i>		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?	
Ligne	Nom	S M	G F	Mois	Année	O N	Age	O N	N°de ligne	Unité	Nombre	O N	
08		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
09		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
10		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
11		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
12		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
13		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance Naissance Suivante.	
14		1 2	1 2	___	___	1 2 ↓ BH9	___	1 2	___ ⇒BH10	Jours.....1 Mois .....2 Années .....3	___	1 2 Ajouter Naissance 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	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.** Vérifier BH4 pour la dernière naissance vivante. La dernière naissance a eu lieu dans les 2 dernières années, c'est-à-dire depuis le mois de (**Mois de l'entretien**) **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 *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 en se référant à l'enfant par son nom dans les modules suivants.

**DESIR DE LA DERNIERE 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.*

<b>DB1.</b> QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui .....1 Non.....2	1⇒Module suivant
<b>DB2.</b> 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
<b>DB3.</b> COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE ?  <i>Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée.</i>	Mois..... 1 _ _ Années ..... 2 _ _ NSP..... 998	

**SANTE 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.*

<b>MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE(nom) ?</b>  <i>Insister sur le fait qu'il s'agit de soins visant spécifiquement à contrôler l'évolution de la grossesse et non pour d'autres raisons.</i>	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MN5												
<b>MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ?</b>  <i>Insister :</i> <b>QUELQU'UN D'AUTRE ?</b>  <i>Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.</i>	Professionnel de la santé : Médecin ..... A IS/IDEA/Infirmier(e)/sage-femme ..... B IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage-femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C Aide soignant(e) ..... D  Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G  Autre (Préciser) ..... X													
<b>MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS?</b>  <i>Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.</i>	Semaines ..... 1 __ __ Mois ..... 2 0 __ NSP ..... 998													
<b>MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?</b>  <i>Insister pour obtenir le nombre de fois où les consultations prénatales ont été reçues. Si une gamme de fois est donnée, enregistrer le nombre minimum de fois où les consultations prénatales ont été faites.</i>	Nombre de fois ..... __ __ NSP ..... 98													
<b>MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?</b>  [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 ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tension .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement d'urine .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Prélèvement sanguin .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Tension .....	1	2	Prélèvement d'urine .....	1	2	Prélèvement sanguin .....	1	2	
	Oui	Non												
Tension .....	1	2												
Prélèvement d'urine .....	1	2												
Prélèvement sanguin .....	1	2												
<b>MN5. AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ?</b>  PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ?  <i>Si un carnet/document est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.</i>	Oui (carnet vu) ..... 1 Oui (carnet non vu) ..... 2 Non ..... 3  NSP ..... 8													
<b>MN6. QUAND VOUS ETIEZ ENCEINTE DE (nom), VOUS A-T-ON FAIT UNE INJECTION DANS LE BRAS OU A L'EPAULE POUR EVITER AU BEBE DE CONTRACTER LE TETANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRES LA NAISSANCE ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	2⇒MN9  8⇒MN9												
<b>MN7. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?</b>  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... __ NSP ..... 8	8⇒MN9												

<b>MN8.</b> 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		
<b>MN9.</b> EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTEGER VOUS-MEME, SOIT POUR PROTEGER UN AUTRE BEBE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	 2⇒MN12 8⇒MN12
<b>MN10.</b> AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ?  <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois ..... NSP ..... 8	 8⇒MN12
<b>MN11.</b> CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom) ?  <i>Si moins d'1 année, enregistrer '00'.</i>	Il y a années .....	
<b>MN12.</b> Vérifier MN1 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		
<b>MN13.</b> AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (nom), EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR <u>EVITER</u> DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	 2⇒MN17 8⇒MN17
<b>MN14.</b> QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?  <i>Encercler tous les médicaments pris à titre préventif contre le paludisme durant la grossesse. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrer les images des antipaludiques courants à l'enquêtée.</i>	SP / Fansidar ..... A Chloroquine/Nivaquine ..... B  Autre( <i>Préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<b>MN15.</b> Vérifier MN14 pour le médicament pris : <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris ⇒ Continuer avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris ⇒ Aller à MN17		
<b>MN16.</b> AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS EN TOUT AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR ?  SVP, INCLURE TOUT SP/FANSIDAR QUE VOUS AVEZ REÇU DURANT LES VISITES PRENATALES, DURANT UNE VISITE DANS UN CENTRE DE SANTE OU DE TOUTE AUTRE SOURCE.	Nombre de fois ..... NSP ..... 98	

<p><b>MN17.</b> QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom) ?</p> <p><i>Insister :</i> QUELQU'UN D'AUTRE ?</p> <p><i>Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.</i></p> <p><i>Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.</i></p>	<p>Professionnel de la santé:</p> <p>Médecin..... A  IS/IDEA/Infirmière / Sage-femme..... B  IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage-femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C  Aide soignant(e) ..... D</p> <p>Autre personne</p> <p>Accoucheuse traditionnelle ..... F  Agent de santé communautaire ..... G  Parent(e) / Ami(e) ..... H</p> <p>Autre (Préciser) ..... X  Personne ..... Y</p>	
<p><b>MN18.</b> OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ?</p> <p><i>Insister pour obtenir le type d'endroit.</i></p> <p><i>S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.</i></p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile</p> <p>Domicile de l'enquêtée ..... 11  Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public</p> <p>Hôpital public ..... 21  Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public ..... 22  Centre Médical d'Arrondissement (CMA) ..... 24  Autre public médical (Préciser) ..... 26</p> <p>Secteur médical privé</p> <p>Hôpital privé laïc ..... 30  Hôpital privé confessionnel ..... 31  Clinique privée laïque ..... 32  Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire ..... 34  Cabinet médical ..... 35  Autre privé médical (Préciser) ..... 36</p> <p>Autre (Préciser) ..... 96</p>	<p>11⇒MN20  12⇒MN20</p> <p>96⇒MN20</p>
<p><b>MN19.</b> AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?</p>	<p>Oui ..... 1  Non ..... 2</p>	<p>2⇒MN20</p>
<p><b>MN19A.</b> QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ?</p> <p>ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE ?</p>	<p>Avant ..... 1  Après ..... 2</p>	
<p><b>MN20.</b> QUAND (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?</p>	<p>Très gros..... 1  Plus gros que la moyenne ..... 2  Moyen..... 3  Plus petit que la moyenne ..... 4  Très petit ..... 5</p> <p>NSP ..... 8</p>	
<p><b>MN21.</b> (Nom) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?</p>	<p>Oui ..... 1  Non ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>2⇒MN23  8⇒MN23</p>

<p><b>MN22.</b> COMBIEN (<i>nom</i>) PESAIT-IL/ELLE ?</p> <p><i>Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</i></p>	<p>Du carnet de santé .....1 (kg) __ , ____</p> <p>De mémoire .....2 (kg) __ , ____</p> <p>NSP .....99998</p>	
<p><b>MN23.</b> EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	
<p><b>MN24.</b> AVEZ-VOUS ALLAITE (<i>nom</i>)?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	2⇒ Module suivant
<p><b>MN25.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (<i>nom</i>) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ?</p> <p><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></p>	<p>Immédiatement ..... 000</p> <p>Heures .....1 ____</p> <p>Jours .....2 ____</p> <p>NSP/ Ne se rappelle pas ..... 998</p>	
<p><b>MN26.</b> DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUMI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?</p>	<p>Oui .....1</p> <p>Non .....2</p>	2⇒ Module suivant
<p><b>MN27.</b> QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (<i>nom</i>) ?</p> <p><i>Insister :</i> RIEN D'AUTRE ?</p>	<p>Lait (autre que du lait maternel) ..... A</p> <p>Eau ..... B</p> <p>Eau sucrée/eau glucosée ..... C</p> <p>Calmant pour coliques ..... D</p> <p>Solution eau salée/sucrée ..... E</p> <p>Jus de fruit ..... F</p> <p>Préparation pour bébé ..... G</p> <p>Thé / Infusions ..... H</p> <p>Miel ..... I</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) ..... X</p>	

**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.*

*Enregistrer le nom du dernier nouveau-né à CM13 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 30-36) ⇒ 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.

EST-CE-QUE QUELQU'UN A VERIFIE L'ETAT DE SANTE DE (*nom*) AVANT QUE VOUS NE QUITTIEZ (*nom ou type de structure sanitaire MN18*) ?

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 a assisté 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

<p><b>PN7.</b> VOUS AVEZ DEJA DIT QUE (la ou les personnes à MN17) VOUS A/ONT ASSISTE 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.</p> <p>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/ONT CONTROLE LA SANTE DE (nom) ?</p>	<p>Oui .....1 Non.....2</p>	
<p><b>PN8.</b> EST-CE QUE (la ou les personnes à MN17) 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 (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><b>PN10.</b> 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.</p> <p>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><b>PN11.</b> 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><b>PN12A.</b> COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE 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 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>PN13.</b> QUI A CONTROLE LA SANTE DE (nom) A CE MOMENT-LA?</p>	<p>Professionnel de la santé:          Médecin..... A          IS/IDEA/Infirmier(e)/Sage-femme ..... B          IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C          Aide soignant(e)..... D</p> <p>Autre personne          Accoucheuse traditionnelle ..... F          Agent de santé communautaire ..... G          Parent/Ami..... H</p> <p>Autre (Préciser) _____ X</p>	
<p><b>PN14.</b> OU A EU LIEU CE CONTROLE?</p> <p><i>Insister pour déterminer le type d'endroit.</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          Domicile de l'enquêtée ..... 11          Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public          Hôpital public ..... 21          Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public..... 22          Centre Médical d'Arrondissement (CMA). ..... 24          Autre public médical (Préciser) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé          Hôpital privé laïc ..... 30          Hôpital privé confessionnel ..... 31          Clinique privée laïque ..... 32          Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire ..... 34          Cabinet médical ..... 35          Autre médical privé(Préciser) _____ 36</p> <p>Autre (Préciser) _____ 96</p>	
<p><b>PN15.</b> Vérifier MN18: L'enfant est né dans une structure de santé?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 30-36) ⇒ 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.</b> APRES AVOIR QUITTE (nom ou type de structure sanitaire MN18), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui ..... 1          Non ..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN20          2 ⇒ Module suivant</p>
<p><b>PN17.</b> 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, une accoucheuse traditionnelle 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, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (A-G pas encerclé à MN17) ⇒ Aller à PN19</p>		
<p><b>PN18.</b> APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (la ou les personnes à MN17), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?</p>	<p>Oui ..... 1          Non ..... 2</p>	<p>1 ⇒ PN20          2 ⇒ Module suivant</p>

<p><b>PN19.</b> APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE <u>VOTRE</u> SANTE ?</p> <p>JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE 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><b>PN20.</b> 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><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 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 ___</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: Médecin..... A IS/IDEA/Infirmier(e)/Sage-femme ..... B IBA/Infirmier(e) adjoint/Sage femme adjoint/Infirmier(e) assistant ..... C Aide soignant(e)..... D</p> <p>Autre personne Accoucheuse traditionnelle ..... F Agent de santé communautaire ..... G 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 d'endroit.</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 Domicile de l'enquêtée ..... 11 Autre domicile ..... 12</p> <p>Secteur public Hôpital public .....21 Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public.....22 Centre Médical d'Arrondis- sment (CMA). .....24 Autre public médical (<i>Préciser</i>).....26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé laïc .....30 Hôpital privé confessionnel .....31 Clinique privée laïque .....32 Centre de santé/dispensaire confessionnel/missionnaire .....34 Cabinet médical .....35</p> <p>Autre médical privé(<i>Préciser</i>) .....36</p> <p>Autre (<i>Préciser</i>) .....96</p>	

**SYMPTOMES DES MALADIES**

**IS**

**IS1.** Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15 du questionnaire ménage.  
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne d'un enfant de moins de cinq ans ?

- Oui ⇒ Continuer avec IS2.
- Non ⇒ Aller au Module suivant.

**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 ?

*Insister :*  
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 ne pas suggérer de réponses*

L'enfant est incapable de boire ou de téter A  
L'état de l'enfant s'aggrave ..... B  
L'enfant devient fiévreux ..... C  
L'enfant respire rapidement ..... D  
L'enfant a des difficultés à respirer ..... E  
L'enfant a du sang dans les selles ..... F  
L'enfant boit difficilement ..... G

Autre (*Préciser*) \_\_\_\_\_ X

Autre (*Préciser*) \_\_\_\_\_ Y

Autre (*Préciser*) \_\_\_\_\_ Z

CONTRACEPTION		CP
<p><b>CP1.</b> JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE.</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>	1⇒CP2A
<p><b>CP2.</b> CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE.</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>	1⇒CP3
<p><b>CP2A.</b> AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant
<p><b>CP3.</b> QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?</p> <p>AUTRE METHODE ?</p> <p><i>Ne pas suggérer de réponse. Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.</i></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"/> <i>Oui, actuellement enceinte</i> ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ 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. Utilise la stérilisation féminine ?</b> <input type="checkbox"/> <i>Oui</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non</i> ⇒ Continuer avec UN6		
<b>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 ?</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 ___ Ne veut pas attendre ..... 993 (Bientôt/Maintenant) 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"/> <i>Oui, Actuellement enceinte</i> ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> <i>Non, pas sure ou NSP</i> ⇒ Continuer avec UN9		

<b>UN9. Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ?</b> <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
<b>UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ÊTES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?</b>	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1 ⇒ UN13  8 ⇒ UN13
<b>UN11. POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ÊTES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE ?</b>  <i>Insister : AUTRE RAISON ?</i>	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 ( <i>Préciser</i> ) ..... X NSP ..... Z	
<b>UN12. Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné ?</b> <input type="checkbox"/> Mentionné ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Pas mentionné ⇒ Continuer avec UN13		
<b>UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIÈRES RÈGLES ONT COMMENCÉ ?</b>  <i>Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée</i>	Jours ..... 1 ___ Semaines ..... 2 ___ Mois ..... 3 ___ Années ..... 4 ___  Ménopausée / A eu une hystérectomie ..... 994 Avant la dernière grossesse ..... 995 N'a jamais eu de règles ..... 996	

MARIAGE/UNION		MA
<b>MA1.</b> ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVEZ-VOUS ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, actuellement mariée ..... 1 Oui, vit avec un homme ..... 2 Non, pas en union ..... 3	3⇒MA5
<b>MA2.</b> QUEL AGE A VOTRE MARI/PARTENAIRE ?  <i>Insister: QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?</i>	Age en années ..... _ _ NSP..... 98	
<b>MA3.</b> EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒MA7
<b>MA4.</b> COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRE A-T-IL ?	Nombre..... _ _ NSP..... 98	⇒MA7 98⇒MA7
<b>MA5.</b> AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, a été mariée ..... 1 Oui, a vécu avec un homme ..... 2 Non ..... 3	3⇒Module suivant
<b>MA5A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIEE OU VIVIEZ-VOUS AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>MA6.</b> QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPEREE ?	Veuve ..... 1 Divorcée ..... 2 Séparée ..... 3	
<b>MA7.</b> 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
<b>MA8A.</b> EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ?	Date du (premier) mariage Mois ..... _ _ NSPMois ..... 98	
<b>MA8B.</b> 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?	Année..... _ _ _ _ NSPAnnée ..... 9998	⇒ Module suivant
<b>MA9.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Age en années ..... _ _	

*Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez-vous que vous êtes en privé avec l'enquêtée.*

<p><b>DV1.</b> 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 :</p> <p>[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?</p> <p>[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?</p> <p>[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?</p> <p>[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?</p> <p>[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?</p> <p>[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?</p> <p>[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES</p> <p>[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?</p>		<p>Oui    Non    NSP</p>	
	Sort sans le lui dire .....	1    2    8	
	Néglige les enfants .....	1    2    8	
	Dispute avec lui .....	1    2    8	
	Refuse les rapports sexuels .....	1    2    8	
	Brûle la nourriture .....	1    2    8	
	Ne respecte pas ses beaux-parents .....	1    2    8	
	A des ami(es) jugé(es) peu recommandables .....	1    2    8	
	Ne s'habille pas à la convenance du mari .....	1    2    8	

**DV2.** Vérifier MA1 = 1 ou 2 ("Est actuellement mariée/en union") ou MA5A = 1 ("A été mariée/en union au cours des 12 derniers mois") encerclé ?

Encerclé ⇒ Continuer avec DV3

Pas encerclé ⇒ Aller au module suivant

<p><b>DV3.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, EST-CE QU'IL EST ARRIVE SOUVENT, PARFOIS OU JAMAIS QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE VOUS FASSE UNE DES CHOSES SUIVANTES:</p> <p>[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?</p> <p>[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?</p> <p>[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSÉ?</p> <p>[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?</p> <p>[E] VOUS GIFLE?</p> <p>[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?</p> <p>[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?</p> <p>[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAI NE A TERRE?</p> <p>[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?</p> <p>[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?</p> <p>[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?</p> <p>[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?</p>		<p>Souvent    Parfois    Jamais</p>	
	Vous fasse quelque chose pour vous humilier .....	1    2    3	
	Vous menace méchamment .....	1    2    3	
	Vous insulte ou vous rabaisse .....	1    2    3	
	Vous bouscule, secoue .....	1    2    3	
	Vous gifle .....	1    2    3	
	Vous torde le bras ou tire les cheveux .....	1    2    3	
	Vous frappe à coups de poing .....	1    2    3	
	Vous donne des coups de pied .....	1    2    3	
	Essaye de vous étrangler .....	1    2    3	
	Vous menace avec un couteau .....	1    2    3	
	Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels .....	1    2    3	
	Vous force à pratiquer des actes sexuels .....	1    2    3	

**COMPORTEMENT SEXUEL**
**SB**

*Vérifier la présence d'autres personnes. Avant de continuer, assurez-vous que vous êtes en privé avec l'enquêtée.*

<p><b>SB1.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ?</p> <p>LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.</p> <p>QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?</p>	<p>N'a jamais eu de rapports sexuels ..... 00</p> <p>Age en années ..... __ __</p> <p>1ère fois en commençant à vivre avec (1er) mari/partenaire ..... 95</p>	<p>00⇒Module suivant</p>
<p><b>SB2.</b> LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p> <p>NSP / Ne se souvient pas ..... 8</p>	
<p><b>SB3.</b> QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ?</p> <p><i>Enregistrer la réponse en nombre de jours, de semaines ou de mois si moins de 12 mois (1 an). Si plus de 12 mois (1 an), la réponse doit être enregistrée en années.</i></p>	<p>Il y a ... jours ..... 1 __ __</p> <p>Il y a ... semaines ..... 2 __ __</p> <p>Il y a ... mois ..... 3 __ __</p> <p>Il y a ... ans ..... 4 __ __</p>	<p>4⇒SB15</p>
<p><b>SB4.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	
<p><b>SB5.</b> QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ?</p> <p><i>Insister pour vous assurer que la réponse se réfère au type de relation au moment du rapport sexuel</i></p> <p><i>Si 'petit ami', demander: VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIÉS ?</i></p> <p><i>Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.</i></p>	<p>Mari ..... 1</p> <p>Partenaire cohabitant ..... 2</p> <p>Petit ami ..... 3</p> <p>Rencontre occasionnelle ..... 4</p> <p>Autre(<i>Préciser</i>) ..... 6</p>	<p>3⇒SB7</p> <p>4⇒SB7</p> <p>6⇒SB7</p>
<p><b>SB6.</b> Vérifier MA1:</p> <p><input type="checkbox"/> Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇒ Aller à SB8</p> <p><input type="checkbox"/> Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇒ Continuer avec SB7</p>		
<p><b>SB7.</b> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?</p> <p><i>Si NSP, insister :</i></p> <p>QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?</p>	<p>Âge du partenaire sexuel ..... __ __</p> <p>NSP ..... 98</p>	
<p><b>SB8.</b> AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	<p>2⇒SB15</p>

<b>SB9.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>SB10.</b> QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ?  <i>Insister pour vous assurer que la réponse fait référence 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>	Mari ..... 1 Partenaire cohabitant ..... 2 Petit ami ..... 3 Rencontre occasionnelle ..... 4  Autre( <i>Préciser</i> ) ..... 6	3⇒SB12 4⇒SB12  6⇒SB12
<b>SB11.</b> Vérifier MA1 et MA7:  <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		
<b>SB12.</b> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?  <i>Si NSP, insister :</i> QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel .....__ __  NSP ..... 98	
<b>SB13.</b> MIS A PART CES DEUX PERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒SB15
<b>SB14.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires .....__ __	
<b>SB15.</b> EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES 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>	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 Non.....2  NSP .....8	2⇒Module suivant
<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' ⇒ Aller à HA9.		
<input type="checkbox"/> Au moins un 'oui' ⇒ 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>HA13.</b> Vérifier CMI3: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?  <input type="checkbox"/> Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CMI3=« 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																						
<b>HA15.</b> 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?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">O</th> <th style="text-align: center;">N</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA par la mère .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Choses à faire .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Test de SIDA .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>Proposé un test.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		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	
	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 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒ HA19  8⇒ HA19																				
<b>HA17.</b> JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	2⇒ HA22  8⇒ HA22																				
<b>HA18.</b> QUEL QUE SOIT LE RESULTAT, TOUTES LES FEMMES QUI ONT EFFECTUE LE TEST SONT SUPPOSEES RECEVOIR DES CONSELS APRES AVOIR REÇU LES RESULTATS.  APRES AVOIR ETE TESTEE, AVEZ-VOUS REÇU DES CONSELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2  NSP ..... 8	1⇒ HA22 2⇒ HA22  8⇒ HA22																				
<b>HA19.</b> Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B,C ou D)?  <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																						

<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 Non ..... 2	2⇒HA24
<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 DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	1⇒HA25
<b>HA23.</b> QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU VIH/ 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
<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 Non ..... 2	2⇒HA27
<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 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ Module suivant 2⇒ Module suivant 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	

CONSOMMATION ET EXPOSITION AU TABAC		TC
<b>TC1A.</b> AVEZ-VOUS DEJA ESSAYE DE FUMER DU TABAC (DE LA CIGARETTE OU TOUTE AUTRE FORME DE TABAC), MEME UNE OU DEUX BOUFFEES ?	Oui, a fumé juste une ou quelques bouffées ..... 1 Oui, a fumé au moins une dose ou une cigarette entière..... 2 Non, jamais fumé ..... 3	3⇒ TC4
<b>TC1B.</b> QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME DU TABAC POUR LA PREMIERE FOIS ?  <i>Si 10 ans ou plus de 10 ans, enregistrer l'âge en années révolues.</i>	Age ..... ____ ans  Avant l'âge de 10 ans ..... 10 NSP ..... 98	
<b>TC1.</b> FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Insister pour que l'enquête indique la fréquence de sa consommation de tabac.</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ TC3 3⇒ TC2B 8⇒ TC4
<b>TC2A.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ TC3 2⇒ TC3 8⇒ TC3
<b>TC2B.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a fumé tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encercler le code "1" (tous les jours).</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ TC4 2⇒ TC4 3⇒ TC4 8⇒ TC4
<b>TC3.</b> EN MOYENNE, QUELLE QUANTITE DE PRODUITS SUIVANTS FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT CHAQUE (jour/semaine) ? INDIQUEZ-MOI EGALEMENT SI VOUS FUMEZ L'UN DE CES PRODUITS, MAIS PAS TOUS LES JOURS (TOUTES LES SEMAINES).  <i>Vérifier TC1. Si la réponse à TC1 est "Tous les jours" (code 1), poser la question TC3 en demandant la quantité fumée « chaque jour ». Dans le cas contraire, demander la quantité de produits fumés par semaine.</i>  <i>Si la personne interrogée déclare qu'elle fume le produit mais moins souvent que toutes les semaines, inscrire 888.</i>  <i>Si la personne interrogée déclare ne pas du tout fumer le produit, inscrire 000.</i>  <i>Vérifier qu'il s'agit du nombre de cigarettes et non de paquets.</i>	A. Cigarettes manufacturées ?..... ____ B. Cigarettes roulées a la main ?..... ____ D. Pipes remplies de tabac ?.. ____ E. Cigares, cheroots ou cigarillos?.. ____ F. Nombre de séances d'utilisation d'une pipe à eau (narguilé) ?..... ____ X. D'autres sortes de tabacs ..... ____ (Préciser) _____	PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE PAR JOUR/SEMAINE
<b>TC4.</b> CONSOMMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	1⇒ TC6 3⇒ TC5B 8⇒ TC6

<b>TC5A.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU <u>TABAC SANS FUMEE</u> TOUS LES JOURS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	1⇒ TC6 2⇒ TC6 8⇒ TC6
<b>TC5B.</b> PARLE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ?  <i>Si la personne interrogée a consommé du tabac sans fumée tous les jours et moins d'une fois par jour par le passé, encercler le code «tous les jours».</i>	Tous les jours ..... 1 Moins d'une fois par jour ..... 2 Pas du tout ..... 3 NSP ..... 8	
<b>TC6.</b> SI QUELQU'UN FUME A L'INTERIEUR DE VOTRE DOMICILE, A QUELLE FREQUENCE ? DIRIEZ-VOUS : TOUS LES JOURS, UNE FOIS PAR SEMAINE, UNE FOIS PAR MOIS, MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS OU JAMAIS ?	Tous les jours ..... 1 Une fois par semaine ..... 2 Une fois par mois ..... 3 Moins d'une fois par mois ..... 4 Jamais ..... 5 NSP ..... 8	
<b>TC7.</b> TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE ?	Oui ..... 1 Non/ Ne travaille pas ..... 2	2⇒TC10A
<b>TC8.</b> TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur ..... 1 A l'extérieur ..... 2 Les deux ..... 3	2⇒TC10A
<b>TC9</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, QUELQU'UN A-T-IL FUME A L'INTERIEUR DES LOCAUX OU VOUS TRAVAILLEZ ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8	
<b>TC10A.</b> Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?): <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇒ Continuer à TC10 <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ou non concerné ⇒ Aller à TC13		
<b>TC10.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>TC11.</b> AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	2⇒TC13
<b>TC12.</b> LORS D'UNE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS A-T-ON RECOMMANDE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2	
<b>TC13.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES INFORMATIONS SUR LES MEFAITS DE LA CIGARETTE OU DES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER, DIFFUSEES DANS LES JOURNAUX OU LES MAGAZINES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	
<b>TC14.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE LES INFORMATIONS SUR LES DANGERS DE LA CIGARETTE OU LES INCITATIONS A ARRETER DE FUMER DIFFUSEES A LA TELEVISION ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7	

<b>TC15.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 N'a vu aucun paquet de cigarettes..... 3	2⇒TC17 3⇒TC17																					
<b>TC15A.</b> Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?):  <input type="checkbox"/> Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour, continuer à TC16  <input type="checkbox"/> Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇒ Aller à TC17																							
<b>TC16.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, LES MISES EN GARDE SANITAIRES SUR LES PAQUETS DE CIGARETTES VOUS ONT-ELLES DONNE ENVIE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP ..... 8																						
<b>TC17.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE DES PUBLICITES SUR LES CIGARETTES OU DES PANNEAUX DE PROMOTION POUR LES CIGARETTES DANS LES LIEUX DE VENTE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 Sans objet/Non concerné ..... 7																						
<b>TC18.</b> AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE L'UN DES TYPES DE PROMOTION SUIVANTS POUR LES CIGARETTES ?  <i>Lire chaque question :</i>  [A]. ECHANTILLONS GRATUITS DE CIGARETTES ?  [B]. RABAIS SUR LE PRIX DES CIGARETTES ?  [C]. BONS DE REDUCTION POUR DES CIGARETTES ?  [D]. CADEAUX OU REMISE SUR D'AUTRES PRODUITS POUR L'ACHAT DE CIGARETTES ?  [E]. VETEMENTS OU AUTRES ARTICLES PORTANT LE NOM OU LE LOGO D'UNE MARQUE DE CIGARETTES ?  [F]. PROMOTION POUR LES CIGARETTES PAR COURRIER ?	<table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Oui</th> <th style="text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Echantillons gratuits</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Rabais sur le prix</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Bons de réduction</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Cadeaux ou remise sur d'autres produits</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Vêtements ou autres articles</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Promotion pour les cigarettes</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	Echantillons gratuits	1	2	Rabais sur le prix	1	2	Bons de réduction	1	2	Cadeaux ou remise sur d'autres produits	1	2	Vêtements ou autres articles	1	2	Promotion pour les cigarettes	1	2	
	Oui	Non																					
Echantillons gratuits	1	2																					
Rabais sur le prix	1	2																					
Bons de réduction	1	2																					
Cadeaux ou remise sur d'autres produits	1	2																					
Vêtements ou autres articles	1	2																					
Promotion pour les cigarettes	1	2																					
<b>TC18A.</b> Vérifier TC3 (rubrique A > 0 ?):  <input type="checkbox"/> Oui, fume actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Continuer à TC19  <input type="checkbox"/> Non, ne fume pas actuellement des cigarettes manufacturées ⇒ Aller au module suivant																							
<b>TC19.</b> LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ ACHETE DES CIGARETTES/PAQUETS DE CIGARETTES OU CARTOUCHES DE CIGARETTES POUR VOTRE USAGE PERSONNEL, COMBIEN EN AVEZ-VOUS ACHETE ?  <i>Vérifier l'unité avec la répondante avant de consigner le nombre.</i>  <b>TC19A.</b> SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ?  <b>TC19B.</b> SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ?  <b>TC19C.</b> SI AUTRE CONTENANT : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CONTENANT ?  <i>Si NSP, inscrire 998.</i>	Cigarettes.....1 ____ Paquets.....2 ____ Cartouches.....3 ____ Autre (Préciser)..... 6 ____  Nombre par paquet ..... ____  Nombre par cartouche ..... ____  Nombre par contenant... ____	1⇒ TC20 2⇒ TC19A 3⇒ TC19B 6⇒ TC19C  ⇒ TC20 ⇒ TC20																					
<b>TC20.</b> AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ?  <i>Si NSP, inscrire 99998.</i>	_____ F CFA																						

CONSOMMATION D'ALCOOL		TA
<p><b>TA14.</b> MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL C'EST-A-DIRE DE BIÈRE, DE VIN, DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL MODERNE OU ARTISANAL.</p> <p>AVEZ-VOUS DÉJÀ BU DE L'ALCOOL ?</p>	<p>Oui ..... 1</p> <p>Non ..... 2</p>	2 ⇒ Module suivant
<p><b>TA15.</b> NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIÈRE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL.</p> <p>QUEL ÂGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIÈRE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGES ?</p>	<p>Jamais bu d'alcool ..... 00</p> <p>Âge ..... _____</p>	00 ⇒ Module suivant
<p><b>TA15A.</b> AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FRÉQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?</p>	<p>N'a pas bu au cours des 12 derniers mois ..... 0</p> <p>Moins d'1 fois par mois ..... 1</p> <p>1 à 3 jours par mois ..... 2</p> <p>1 à 4 jours par semaine ..... 3</p> <p>5 jours ou plus par semaine ..... 4</p>	0 ⇒ Module suivant
<p><b>TA16.</b> AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?</p> <p><i>Si la répondante 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</p> <p>Nombre de jours ..... 0 _____</p> <p>10 jours ou plus mais moins d'un mois ..... 10</p> <p>Chaque jour/Presque chaque jour ..... 30</p>	00 ⇒ Module suivant
<p><b>TA17.</b> 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>	
<p><b>TA18.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p><b>Alcool moderne</b></p> <p>Bière moderne ..... 11</p> <p>Vin moderne ..... 12</p> <p>Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ..... 13</p> <p>Autre alcool moderne (<i>Préciser</i>) ..... 16</p> <p><b>Alcool artisanal</b></p> <p>Vin de palme/Vin de raphia ..... 21</p> <p>Bière de maïs/Kwata ..... 22</p> <p>BiliBili/Bière de mil ..... 23</p> <p>Odontol/Arki ..... 24</p> <p>Autre alcool artisanal (<i>Préciser</i>) ..... 26</p> <p>Autre alcool (<i>Préciser</i>) ..... 96</p>	
<p><b>TA19.</b> LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p>	<p>Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum .. 11</p> <p>Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ..... 12</p> <p>Verre ou équivalent ..... 13</p> <p>Canette ..... 14</p> <p>Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum ) ..... 15</p> <p>Moyenne bouteille (≈ 50 cl) ..... 16</p> <p>Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.) 17</p> <p>Bouteille familiale (≈ 1 l à 1,5 l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.) ..... 18</p> <p>Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum .... 19</p> <p>Calebasse ..... 20</p> <p>Autre dose (<i>Préciser</i>) ..... 96</p>	

**SATISFACTION DE LA VIE**

**LS**

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

Age 25 à 49 ans ⇒ Aller au module suivant

Age 15 à 24 ans ⇒ Continuer avec LS2

**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.

*Montrer le coté 1 de la carte réponse et expliquer ce que représente chaque symbole. Encercler la réponse montrée par l'enquêtée.*

Très heureuse .....1  
 Assez heureuse.....2  
 Ni heureuse ni malheureuse .....3  
 Assez malheureuse .....4  
 Très malheureuse.....5

**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.

*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.*

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

**LS4.** QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOS AMIS ?

Très satisfaite .....1  
 Assez satisfaite .....2  
 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3  
 Assez insatisfaite.....4  
 Très insatisfaite .....5

**LS5.** DURANT L'ANNEE SCOLAIRE ACTUELLE/ 2013-2014, ETES-VOUS ALLEE A L'ECOLE ?

Oui .....1  
 Non.....2

2⇒LS7

**LS6.** QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE ECOLE ?

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	
<b>LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ?</b>  <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. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?</b>	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite .....2 Ni satisfaite ni insatisfaite .....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite .....5	
<b>LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ?</b>  <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. 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 ?</b>	Améliorée .....1 Plus ou moins la même .....2 Empiré .....3	
<b>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 ?</b>	Meilleure .....1 Plus ou moins la même .....2 Pire .....3	

PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT		WD
<p><b>WD1.</b> MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS PARLER DE VOS ACTIVITES AU SEIN DU MENAGE ET DANS VOTRE COMMUNAUTE</p> <p>QUEL EST VOTRE TYPE D'OCCUPATION, C'EST-A-DIRE QUEL GENRE DE TRAVAIL FAITES-VOUS PRINCIPALEMENT ?</p> <p><i>Laisser l'enquêtée décrire ce qu'elle fait et encercler le code correspondant.</i></p>	Ménage/travaux domestiques .....01 Ecole/études .....02 Sans occupation .....03  Secteurs d'activités Agriculture.....04 Industrie .....05 Commerce .....06 Services et Administration .....07  Autre ( <i>Préciser</i> ) .....96	   04 ⇨WD3 05 ⇨WD3 06 ⇨WD3 07 ⇨WD3
<p><b>WD2.</b> FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE QUI VOUS RAPPORTE UN REVENU EN NATURE OU EN ESPECES ?</p>	Oui.....1 Non.....2	 2 ⇨WD3
<p><b>WD2A.</b> QUELLE EST L'ACTIVITE PRINCIPALE QUI VOUS RAPPORTE DES REVENUS EN NATURE OU EN ESPECES ?</p>	Agriculture.....1 Industrie .....2 Commerce .....3 Services et Administration .....4 Autre ( <i>Préciser</i> ) .....6	
<p><b>WD3.</b> EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES VOS DEPENSES PERSONNELLES, UNE PARTIE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES OU AUCUNE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES ?</p>	Toutes les dépenses .....1 Une partie des dépenses.....2 Aucune dépense.....3	1⇨WD4  3⇨WD4
<p><b>WD3A.</b> QUELS SONT LES POSTES DE VOS DEPENSES PERSONNELLES QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Insister sur le type de dépenses et encercler le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité. Mais ne suggérez pas de réponse.</i></p>	Alimentation, boisson .....A Habillage .....B Education .....C Santé et soins personnels .....D  Autre ( <i>Préciser</i> ) .....X	
<p><b>WD4.</b> EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES LES DEPENSES DU MENAGE, UNE PARTIE LES DEPENSES DU MENAGE OU AUCUNE DES DEPENSES DU MENAGE ?</p>	Toutes les dépenses .....1 Une partie des dépenses.....2 Aucune dépense.....3	1⇨WD5  3⇨WD5
<p><b>WD4A.</b> QUELS SONT LES POSTES DES DEPENSES DE VOTRE MENAGE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ?</p> <p>AUTRE CHOSE ?</p> <p><i>Insister sur le type de dépenses et encercler le code correspondant, chaque fois qu'un type de dépense est spontanément cité. Mais ne pas suggérer de réponse.</i></p>	Alimentation, boisson .....A Habillage .....B Education .....C Santé et soins personnels .....D Equipement de la maison .....E Logement.....F  Autre ( <i>Préciser</i> ) .....X	
<p><b>WD5.</b> ASSUMEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE QUELCONQUE DANS VOTRE QUARTIER/VILLAGE/VILLE PAR EXEMPLE COMME CHEF DE BLOC, CHEF DE QUARTIER, CHEF DE VILLAGE, MAIRE/CONSEILLER MUNICIPAL, DEPUTE, OU AUTRE ?</p>	Oui.....1 Non.....2	

<b>WD6.</b> ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ? SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?	Oui, avec titre foncier..... 1 Oui, sans titre foncier..... 2 Non..... 3																															
<b>WD7.</b> ETES-VOUS PROPRIETAIRE D'UN TERRAIN NON BATI QUI VOUS APPARTIENT EXCLUSIVEMENT ? SI OUI, AVEZ-VOUS UN TITRE FONCIER ?	Oui, avec titre foncier..... 1 Oui, sans titre foncier..... 2 Non..... 3																															
<b>WD8.</b> ETES-VOUS MEMBRE D'UNE ASSOCIATION : [A] CULTURELLE ? [B] RELIGIEUSE ? [C] POLITIQUE ? [D] TONTINE ? [E] COMITE DE DEVELOPPEMENT ? [F] SPORTIVE ? [G] AMICALE ? [H] PROFESSIONNELLE ? [X] AUTRE (A PRECISER) _____ <i>Lire chaque type d'association et encercler le code correspondant à la réponse de l'enquêtée.</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Oui</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Non</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Culturelle .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) Religieuse .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) Politique .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) Tontine .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) Comité de développement .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) Sportive .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>g) Amicale .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>h) Professionnelle .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>i) Autre (<i>Préciser</i>) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	a) Culturelle .....	1	2	b) Religieuse .....	1	2	c) Politique .....	1	2	d) Tontine .....	1	2	e) Comité de développement .....	1	2	f) Sportive .....	1	2	g) Amicale .....	1	2	h) Professionnelle .....	1	2	i) Autre ( <i>Préciser</i> ) .....	1	2	
	Oui	Non																														
a) Culturelle .....	1	2																														
b) Religieuse .....	1	2																														
c) Politique .....	1	2																														
d) Tontine .....	1	2																														
e) Comité de développement .....	1	2																														
f) Sportive .....	1	2																														
g) Amicale .....	1	2																														
h) Professionnelle .....	1	2																														
i) Autre ( <i>Préciser</i> ) .....	1	2																														
<b>WD8A. Vérifier WD8:</b> <input type="checkbox"/> Réponse 2 encerclée partout ⇒ Aller à WD10 <input type="checkbox"/> Au moins une réponse 1 encerclée ⇒ Continuer à WD9																																
<b>WD9.</b> EXERCEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE DANS CETTE/ AU MOINS UNE DE CES ASSOCIATIONS ?	Oui..... 1 Non..... 2																															
<b>WD10.</b> AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS OBTENU UN CREDIT?	Oui..... 1 Non..... 2	2 ⇒ WM11																														
<b>WD10A.</b> A QUOI A SERVI PRINCIPALEMENT LE DERNIER CREDIT OBTENU ?	Scolarité..... 01 Santé..... 02 Obsèques/funérailles..... 03 Mariage/baptême/anniversaire..... 04 Accouchement..... 05 Construction ou amélioration de l'habitat .. 06 Activité génératrice de revenu..... 07 Equipement pour la maison..... 08 Autre ( <i>Préciser</i> )..... 96																															
<b>WD11.</b> QUELLE A ETE L'ORIGINE DU DERNIER CREDIT QUE VOUS AVEZ OBTENU ?	Banque..... 01 Coopérative d'Epargne et de Crédit..... 02 Tontine..... 03 Parents/Amis..... 04 Organisme de financement..... 05 Association professionnelle..... 06 Autre ( <i>Préciser</i> )..... 96																															

**WM11.** 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 ou la personne qui prend soin d'un enfant de 0-4 ans 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.

### CARTE REPONSE POUR SATISFACTION DE VIE

#### CARTE COTE 1

<b>Très heureuse</b>	<b>Assez heureuse</b>	<b>Ni heureuse, ni malheureuse</b>	<b>Assez malheureuse</b>	<b>Très malheureuse</b>
				

#### CARTE COTE 2

<b>Très satisfaite</b>	<b>Assez satisfaite</b>	<b>Ni satisfaite, ni insatisfaite</b>	<b>Assez insatisfaite</b>	<b>Très insatisfaite</b>
				

**Observations de l'enquêteur/enquêtrice**

**Observations de la contrôleuse/ du contrôleur de terrain**

**Observations du Chef d'équipe**

**Observations du superviseur**

