

ENQUETE EN GRAPPE A INDICATEURS MULTIPLES ET DE DEPENSES DES MENAGES (MICS-ELIM 2009)

QUESTIONNAIRE FOR INDIVIDUAL WOMEN

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WM

Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans (voir colonne HL7 de la Feuille d'Enregistrement du Ménage). Un questionnaire séparé sera rempli pour chaque femme éligible.

WM1. Numéro de grappe : _____	WM2. Numéro de ménage: _____
WM3. Nom de la femme : Name _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : _____
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Name _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview : ____ / ____ / ____
WM5A. Nom et code de la contrôreuse : Name _____	WM6A. Jour / Mois / Année de contrôle : ____ / ____ / ____

Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée :

NOUS FAISONS PARTIE DU MINISTERE DE LA SANTE - MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES.
NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE, L'EDUCATION, LA NUTRITION
ET LES DEPENSES DES MENAGES. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW
DEVRAIT PRENDRE DU TEMPS. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT
STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES A PERSONNE EN
DEHORS DE L'EQUIPE DU PROJET.

PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT?

Oui, permission accordée ⇒ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview.

Non, permission non accordée ⇒ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.

WM7. Résultat de l'interview de la femme	Rempli.....1
	Pas à la maison.....2
	Refusé.....3
	Partiellement rempli.....4
	Incapacité.....5
	Autre (précisez).....6

WM8. Contrôlé sur le terrain par le Chef d'Equipe : Name_____	WM9. Agent de saisie (Nom et code) : Name_____
--	---

WM9A. Contrôlé sur le terrain par Superviseur : Name_____
--

WM10. Enregistrez l'heure	Heure et minutes _____ : _____
---------------------------	--------------------------------

CARACTERISTIQUES DE LA FEMME

WB

WB1	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE ETES-VOUS NEE	Date de naissance : Mois__ __ NSP mois 98 Année.....__ __ __ __ NSP Année..... 9998	
WB2	QUEL AGE AVEZ-VOUS ? Insistez : QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? Comparez et corrigez WB1 et/ou WB2 si incohérentes	Âge (en années révolues).....__ __	
WB3	AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui.....1 Non2	2⇒WB7
WB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle.....0 Fondamental 1.....1 Fondamental 2.....2 Secondaire.....3 Supérieur.....4	0⇒WB7
WB5	QUELLE EST LA DERNIERE CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Classe.....__ __	
WB6	Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez à WB8	<input type="checkbox"/> Si code 0 ou 1 ou 2 ⇒ Continuez avec WB7	
WB7	J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. Montrez les phrases à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insistez : 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 entière3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée _____ 4 (précisez langue) Aveugle/muette/problème de vue/élocution.....5	1⇒WB9 2⇒WB9 4⇒WB9 5⇒WB9
WB8	LISEZ-VOUS UN JOURNAL OU UN MAGAZINE PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour1 Au moins une fois par semaine2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
WB9	ÉCOUTEZ-VOUS LA RADIO PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour1 Au moins une fois par semaine2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	
WB10	REGARDEZ-VOUS LA TELEVISION PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT ?	Pratiquement chaque jour1 Au moins une fois par semaine2 Moins d'une fois par semaine3 Pas du tout4	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

DESIR DE LA DERNIERE NAISSANCE DB

DB0	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 Non2	2⇒Module Symptômes des Maladies
DB0A	DE TOUTES CES (nombre total) NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES, QUAND AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE LA DERNIERE (MEME SI IL/ELLE EST DECEDE(E) ? Le mois et l'année doivent être enregistrés.	Date de la dernière naissance Jour..... NSP Jour.....98 Mois Année	

Vérifiez DB0A Est-ce que la femme a eu sa dernière naissance au cours des 2 dernières années, c'est-à-dire depuis (jour et mois de l'interview) en 2007(ou en 2008 si l'année de l'interview est 2010)
 Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES.
 Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Demandez le nom de l'enfant
 NOM DE L'ENFANT _____
 Continuez avec la question suivante.

DB1	QUAND VOUS ETES TOMBE ENCEINTE DE (nom), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT LA?	Oui.....1 Non2	1⇒Module suivant
DB2	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard.....1 Pas d'enfant.....2	2⇒Module suivant
DB3	COMBIEN DE TEMPS AURIEZ- VOUS SOUHAITE ATTENDRE?	Mois1 Années.....2 NSP.....998	

SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU-NÉ MN

Ce module concerne toutes les femmes qui ont eu une naissance vivante dans les deux années ayant précédé la date de l'interview.
 Enregistrez ici le nom du(des) dernier(s) enfant(s) né(s) au cours des 2 dernières années

 Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.

MN1	AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	Oui.....1 Non2	2⇒MN5
MN1A	AVEZ-VOUS REÇU UN CARNET DE VISITES PRENATALES AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom) ?	MN1A. Oui (carnet vu).....1 Oui (carnet non vu).....2 Non3 NSP.....8	

MN2	QUI AVEZ-VOUS VU ? Insistez : QUELQU'UN D'AUTRE ? Insistez pour obtenir le type de personne vue et encerclez toutes les réponses données	Professionnel de la santé : Médecin.....A Sage-femmeB Infirmière Obstétricienne.....C Autre Infirmier.....D Autre personne Matrone Accoucheuse traditionnelle.....F Parents/amis.....G Autre (précisez)X Personne.....Y	Y⇒MN5
MN2A	DE COMBIEN DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE LORS DE VOTRE PREMIERE CONSULTATION PRENATALE ?	Nombre de mois NSP98	
MN3	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ?	Nombre de mois NSP98	
MN4	DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS, AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ? [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 ? [D] VOUS A-T-ON PRIS LE POIDS ? [E] VOUS A-T-ON MESURE LA TAILLE ?	Oui Non Tension1 2 Échantillon d'urine1 2 Prélèvement sanguin1 2 Poids1 2 Taille1 2	
MN5	AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS ? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAIT ? Si un carnet vous est présenté, utilisez-le pour les réponses aux questions suivantes.	Oui (carnet vu)1 Oui (carnet non vu).....2 Non3 NSP8	
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 ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TETANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'	Nombre de fois..... NSP8	8⇒MN9
MN8	Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ? <input type="checkbox"/> Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Allez à MN12 <input type="checkbox"/> Moins de deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9		
MN9	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 ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒MN12 8⇒MN12

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

MN27	QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (NOM) ? Insistez : RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel).....A Eau.....B Eau sucrée/eau gluconée.....C Calmant pour coliques.....D Solution eau salée/sucrée.....E Jus de fruit.....F Préparation pour bébé.....G Thé / Infusions.....H Miel.....I Autre (précisez).....X	
MN28	APRES LA NAISSANCE DE (NOM), EST-CE QU'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTE OU UNE ACCOUCHEUSE VILLAGEOISE VOUS A EXAMINEE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
MN29	APRES COMBIEN DE JOURS OU DE SEMAINES APRES L'ACCOUCHEMENT AVEZ-VOUS EU VOTRE PREMIER EXAMEN DE SANTE ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR	Nombre de Jour.....1 ____ Nombre de Semaines.....2 ____ NSP.....998	

SYMPTÔMES DE MALADIES

IS

IS1	Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9 L'enquêtée est-elle la mère ou la personne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans ? <input type="checkbox"/> Oui ⇒ Continuez avec IS2. <input type="checkbox"/> Non ⇒ Allez à IS3.		
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 VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE ? AUCUN AUTRE SYMPTOME ? Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou la personne en charge ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes. Encerclez tous les symptômes cités, mais ne suggérez PAS de réponses	Enfant incapable de boire ou de téter.....A État de l'enfant s'aggrave.....B Enfant devient fiévreux.....C Enfant respire rapidement.....D Enfant a des difficultés pour respirer.....E Enfant a du sang dans les selles.....F Enfant boit difficilement.....G Convulsion.....H Autre (précisez).....X Autre (précisez).....Y Autre (précisez).....Z	
IS3	A QUELLES OCCASIONS, VOUS LAVEZ-VOUS LES MAINS ?	A la sortie de toilette.....A Avant la préparation des repas.....B Avant de manger.....C Avant de donner à manger aux enfants de moins de 5 ans.....D Après la toilette anale des enfants.....E Autres à préciser.....F	

CONTRACEPTION

CP

CP1	JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET - LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui, actuellement enceinte.....1 Non.....2 Pas sûre ou NSP.....8	1⇒Module suivant
CP2	CERTAINS COUPLES UTILISENT DIFFERENTS MOYENS OU METHODES POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE. EN CE MOMENT, FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE OU UTILISEZ-VOUS UNE METHODE POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	2⇒Module suivant
CP3	QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ? Ne suggérez pas de réponse. Si plus d'une méthode est citée, encerclez chaque méthode.	Stérilisation féminine.....A Stérilisation masculine.....B DIU.....C Injections.....D Implants.....E Pilules.....F Condom masculin.....G Condom féminin.....H Diaphragme.....I Mousse/gelée.....J Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).....K Abstinence périodique/Rythme.....L Retrait.....M Méthode des jours fixes (collier).....N Méthode traditionnelle.....O Autre (précisez).....X	

BESOINS NON SATISFAITS

UN

UN1	Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Aller à UN5		
UN2	MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui.....1 Non.....2	1⇒UN4
UN3	VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS?	Plus tard.....1 Pas d'autre enfant.....2	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

UN4	MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant.....1 Pas d'autre enfant2 Indécise /Ne Sait Pas.....8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5	Vérifier CP3. Utilisez la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller UN13 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Continuer avec UN6		
UN6	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. VOULEZ-VOUS AVOIR UN (AUTRE) ENFANT OU VOULEZ-VOUS NE PAS/PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un (autre) enfant.....1 Pas d' (autre) enfant.....2 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte3 Indécise / Ne Sait Pas.....8	2⇒UN9 3⇒UN11 8⇒UN9
UN7	COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	Mois 1 ___ Années..... 2 ___ Bientôt/Maintenant 93 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte94 Après le mariage95 Autre96 NSP98	94⇒UN11
UN8	Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sûre ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		
UN9	Vérifier CP2. Utilisez une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10	PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	1⇒UN13 8⇒UN13
UN11	POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquentsA Ménopause..... B N'a jamais eu de règles C Hystérectomie (utérus enlevé)D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succèsE Est en aménorrhée postpartumF Allaite..... G Trop âgée H Fataliste..... I Autre (spécifier) X Ne sait pas Z	

UN12	Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller au Module suivant <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN13		
UN13	QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE?	Jours 1 ___ Semaines2 ___ Mois 3 ___ Années 4 ___ Ménopausée / A eu une hystérectomie.....94 Avant la dernière naissance95 N'a jamais eu de règles96	

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION **FG**

FG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION ?	Oui.....1 Non2	1⇒FG3
FG2	DANS CERTAINS PAYS, IL EXISTE UNE PRATIQUE QUI CONSISTE A COUPER UNE PARTIE DES ORGANES GENITAUX EXTERNES DES FILLES. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE CETTE PRATIQUE ?	Oui.....1 Non2	2⇒Next Module
FG3	VOUS-MEME, ETES-VOUS EXCISEE ?	Oui.....1 Non2	2⇒FG9
FG4	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUE L'ON VOUS A FAIT A CE MOMENT-LA. VOUS A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE LA ZONE GENITALE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	1⇒FG6
FG5	VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non2 NSP8	
FG6	VOUS A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? Si nécessaire, insistez : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?	Oui.....1 Non2 NSP8	
FG7	QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE ? Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.	Durant la petite enfance00 Age à l'excision ___ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre..... 98	

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

FG8	QUI A PROCEDE A VOTRE EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Autre professionnel de la santé (précisez) _____ 16 Traditionnel Exciseuse traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (précisez) __ 26 NSP 98	
FG9	AVEZ-VOUS AU MOINS UNE FILLE VIVANTE ?	Oui 1 Non 2	2⇒FG17
FG10	EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT ETE EXCISEES ? Si Oui: COMBIEN ?	Nombre de filles excisées : __ __ __ Aucune fille excisée 00	00⇒FG17
FG11	LAQUELLE DE VOS FILLES A ETE EXCISEE LE PLUS RECEMMENT ? Enregistrez le nom de la fille	Nom de la fille : _____	
FG12	JE VOUDRAIS MAINTENANT VOUS POSER DES QUESTIONS SUR CE QUI A ETE FAIT A (nom) A CE MOMENT LA : A-T-ON RETIRE DES CHAIRS DE SES PARTIES GENITALES ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	1⇒FG14
FG13	LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG14	LUI A-T-ON FERME LA ZONE DU VAGIN PAR UNE COUTURE ? Si nécessaire, insistez : LA ZONE DU VAGIN A-T-ELLE ETE FERMEE ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	
FG15	QUEL AGE AVAIT (nom) QUAND CELA S'EST PASSE ? Si l'enquêtée ne connaît pas l'âge, insistez pour obtenir une estimation.	Âge de la fille à l'excision __ __ __ Dans la petite enfance 95 NSP 98	
FG16	QUI A PROCEDE A L'EXCISION ?	Professionnel de la santé Médecin 11 Infirmière/sage-femme 12 Autre professionnel de la santé (précisez) _____ 16 Traditionnel 'Exciseuse' traditionnelle 21 Accoucheuse traditionnelle 22 Autre traditionnel (précisez) __ 26 NSP 98	
FG17	PENSEZ-VOUS QUE CETTE PRATIQUE DOIT ETRE MAINTENUE OU QU'ELLE DOIT DISPARAITRE ?	Maintenu 1 Disparaître 2 Cela dépend 3 NSP 8	

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

DV

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 : [A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ? [B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ? [C] SI ELLE DISCUTE SES OPINIONS ? [D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ? [E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ? [F] SI ELLE DEVIENT INFIDELE ? [G] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES PARENTS ?	Oui Non NSP Sort sans le lui dire 1 2 8 Néglige les enfants 1 2 8 Discute ses opinions 1 2 8 Refuse les rapports sexuels 1 2 8 Brûle la nourriture 1 2 8 Infidélité 1 2 8 Non respect des parents 1 2 8	
-----	---	--	--

MARIAGE/UNION

MA

MA1	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
MA2	QUEL AGE A EU VOTRE MARI/PARTENAIRE A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Âge en années __ __ __ NSP 98	
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 ?	Oui 1 Non 2	2⇒MA7
MA4	COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRE A-T-IL ?	Nombre __ __ __ NSP 98	⇒MA7 98⇒MA7
MA5	AVEZ-VOUS DEJA ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS DEJA VECU AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui, a été mariée 1 Oui, a vécu avec un homme 2 Non 3	⇒Module suivant
MA6	QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPARÉE ?	Veuve 1 Divorcée 2 Séparée 3	
MA7	AVEZ-VOUS ETE MARIEE OU AVEZ-VOUS VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une seule fois 1 Plus d'une fois 2	
MA8	EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA PREMIERE FOIS, OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE POUR LA PREMIERE FOIS AVEC UN HOMME COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Date du premier mariage Mois __ __ __ NSP mois 98 Année __ __ __ __ NSP année 9998	⇒Module suivant

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

MA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE ?	Âge en années..... _ _ _ _	
-----	---	----------------------------	--

COMPORTEMENT SEXUEL **SB**

Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée.

SB1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS NOUS 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
SB2	LA PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non2 NSP / Ne se souvient pas.....8	
SB3	QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? Enregistrer en 'nombre d'années' seulement si les derniers rapports sexuels ont eu lieu il y a un an ou plus. Si 12 mois ou plus, la réponse doit être enregistrée en années	Il y a ... jours.....1 _ _ _ _ Il y a ... semaines2 _ _ _ _ Il y a ... mois3 _ _ _ _ Il y a ...ans 4 _ _ _ _	4⇒SB13
SB4	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non2	
SB5	QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS? Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? Si 'Oui', encerclez 02ou 03 ou 04 .Si 'Non', encerclez 05	Epoux01 Partenaire cohabitant.....02 Ex-époux03 Ex- partenaire cohabitant04 Petit ami / fiancé05 Rencontre occasionnelle06 Travailleur (se) du sexe..... 07 Autre (précisez) 96	1⇒SB7 2⇒SB7
SB6	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel _ _ _ _ NSP98	
SB7	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui.....1 Non2	2⇒SB13

SB8	LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui.....1 Non2	
SB9	QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? Si la personne est un 'petit ami' ou 'fiancé', demandez : VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIE ? Si 'Oui', encerclez 02ou 03 ou 04 .Si 'Non', encerclez 05	Epoux..... 01 Partenaire cohabitant 02 Ex-époux03 Ex- partenaire cohabitant04 Petit ami / fiancé05 Rencontre occasionnelle06 Travailleur (se) du sexe.....07 Autre (précisez) 96	1⇒SB11 2⇒SB11
SB10	QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? Si NSP, insistez : ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE ?	Âge du partenaire sexuel _ _ _ _ NSP98	
SB11	MIS A PART CES DEUXPERSONNES, AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non 2	2⇒SB13
SB12	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ? Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95	Nombre de partenaires..... _ _ _ _	
SB13	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? En cas de réponse non numérique, insistez pour obtenir une estimation. Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrivez '95'	Nombre de partenaires au cours de la vie..... _ _ _ _ NSP98	2⇒SB15
SB14	AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS EU UN ECOULEMENT VAGINAL ANORMAL (MAUVAISE ODEUR, COULEUR/VOLUME ANORMAL) OU ULCERATION GENITALE?	Oui..... 1 Non 2	2⇒SB17
SB15	LA DERNIERE FOIS QUE CELA VOUS EST ARRIVE, AVEZ-VOUS CHERCHE UN TRAITEMENT OU UNE AIDE QUELCONQUE?	Oui..... 1 Non 2	2⇒SB17

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

SB16	OU AVEZ-VOUS CHERCHE CE TRAITEMENT OU CETTE AIDE? (SI PLUSIEURS, LA PREMIERE SOLUTION)	Secteur public Hôpital01 Centre de santé de référence/ Maternité.....02 Agent de santé03 Secteur médical privé Clinique privé04 Médecin privé.....05 Cabinet privé.....06 Pharmacie.....07 CSCOM08 Agent santé communautaire.....09 Animateur, sage-femme, aide-soignant10 Autre INPS/CMIE.....11 ONGs/Associations.....12 Boutique/marché.....13 Guérisseur traditionnel.....14 Ami/Parent/Communauté15 Automédication (médicament moderne)16 Vendeur ambulancier.....17 Autre (précisez)96	
SB17	EST-CE QU'IL ARRIVE QUE DES HOMMES VOUS OFFRENT DES CADEAUX OU D'AUTRES FAVEURS POUR AVOIR DES RELATIONS SEXUELLES AVEC VOUS ?	Oui.....1 Non2	2⇒Module suivant
SB18	EST-CE QUE CELA ARRIVE RAREMENT, DE TEMPS EN TEMPS OU FREQUEMMENT ?	Rarement.....1 De temps en temps.....2 Fréquemment3	
VHI/SIDA			HA
HA1	MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui.....1 Non2	2⇒HA28
HA2	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 Non2 NSP8	
HA3	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui.....1 Non2 NSP8	

HA4	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 Non2 NSP8																	
HA5	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQUES DE MOUSTIQUES ?	Oui.....1 Non2 NSP8																	
HA6	EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA EN PARTAGEANT LA NOURRITURE AVEC UNE PERSONNE ATTEINTE DU SIDA ?	Oui.....1 Non2 NSP8																	
HA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non2 NSP8																	
HA8	EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Au cours de la grossesse..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Pendant l'accouchement..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>En allaitant.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	Au cours de la grossesse..	1	2	8	Pendant l'accouchement..	1	2	8	En allaitant.....	1	2	8	
	Oui	Non	NSP																
Au cours de la grossesse..	1	2	8																
Pendant l'accouchement..	1	2	8																
En allaitant.....	1	2	8																
HA9	À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui.....1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8																	
HA10	EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8																	
HA11	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET OU NON ?	Oui.....1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8																	
HA12	SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ- VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui.....1 Non2 NSP / Pas sûre / Ça dépend8																	
HA13	Vérifiez DBOA : Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ? <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez à HA24. <input type="checkbox"/> Oui, une naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Continuez avec HA14.																		
HA14	Vérifiez MN1: A reçu des soins prénatals ? <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus.⇒ Continuez avec HA15 <input type="checkbox"/> Non, pas de soins prénatals ⇒ Allez à HA24																		
HA15	AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (nom), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR LE SIDA OU LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non2 NSP8																	
HA16	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui.....1 Non2 NSP8	2⇒HA19 8⇒HA19																

ANNEXE H. QUESTIONNAIRES

HA17	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
HA18	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 RECU DES CONSEILS ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	1⇒HA22 2⇒HA22 8⇒HA22
HA19	Vérifiez MN1 7 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B ou C)? <input type="checkbox"/> Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇒ Continuez avec HA20 <input type="checkbox"/> Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇒ Allez à HA24		
HA20	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT MAIS AVANT LA NAISSANCE DU BEBE ?	Oui..... 1 Non 2	2⇒HA24
HA21	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2	
HA22	AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/ SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui..... 1 Non 2	1⇒HA25
HA23	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	1⇒HA28 2⇒HA28 3⇒HA28
HA24	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA?	Oui..... 1 Non 2	2⇒HA27
HA25	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois.....1 Il y a 12-23 mois2 Il y a 2 ans ou plus.....3	
HA26	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	1⇒HA28 2⇒HA28 8⇒HA28
HA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui..... 1 Non 2	
HA28	OU PEUT-ON SE PROCURER UN CONDOM?	CCDV (Centre Communautaire de Développement Villageois) A CSCOM B CSRef C Hôpital D Pharmacie E Boutique F ONG G Autres X NSP Z	
AW1	VÉRIFIER COLONNE HL7 DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE LA FEMME À AW2. LE RÉSULTAT FINAL DU TEST D'ANÉMIE SERA ENREGISTRÉ À AW9.		

AW2	NUMÉRO DE LIGNE À LA COLONNE HL7 : NOM À LA COLONNE HL2:	NUMÉRO DE LIGNE : _ _ _ NOM : _____	
AW3	VERIFIER HL6 : FEMME AGÉE 18-49 ANS ?	Oui..... 1 Non 2	1⇒AW6
AW4	ÉTAT MATRIMONIAL : VERIFIER CODE '3' ENCERCLE A MA1 OU ENCERCLE A MA5:	CODE 3 (JAMAIS ÉTÉ EN UNION)...1 AUTRE2	2⇒AW6
AW5	NUMERO DE LIGNE DU PARENT OU ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE JAMAIS ETE EN UNION. ENREGISTRER '00'SI NON LISTE.	NUMÉRO DE LIGNE : _ _ _	
AW6	DÉCLARATION DE CONSENTEMENT AU TEST D'ANÉMIE POUR LA FEMME DE 15-49 ANS LIRE LE CONSENTEMENT À CHAQUE ENQUÊTÉE. ENCERCLE LE CODE '1' À AW6 SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ET L'ADULTE/PARENT RESPONSABLE ACCEPTE LE TEST D'ANÉMIE ; ET CODE '2' SI L'ENQUÊTÉE REFUSE. POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION, DEMANDER LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE IDENTIFIÉ À AW5 AVANT DE DEMANDER LE CONSENTEMENT DE L'ADOLESCENTE ELLE-MÊME. ENCERCLE LE CODE '3' À AW6 SI LE PARENT/ADULTE REFUSE. N'EFFECTUER LE TEST QUE SI LES DEUX CONSENTEMENTS, CELUI DU PARENT/ADULTE ET DE L'ADOLESCENTE ENQUÊTÉE ONT ÉTÉ OBTENUS (CODE '1'). DANS CETTE ENQUETE, NOUS DEMANDONS A DES GENS DANS TOUT LE PAYS DE PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE. L'ANEMIE EST UN PROBLEME DE SANTE SERIEUX QUI RESULTE D'UNE ALIMENTATION PAUVRE, D'INFECTIONS OU DE MALADIE CHRONIQUE. LES RESULTATS DE CETTE ENQUETE PERMETTRONT D'AIDER LE GOUVERNEMENT A METTRE EN PLACE DES PROGRAMMES POUR PREVENIR ET TRAITER L'ANEMIE. POUR LE TEST D'ANEMIE, NOUS AVONS BESOIN DE QUELQUES GOUTTES DE SANG D'UN DOIGT. POUR CE TEST, ON UTILISE AUSSI UN EQUIPEMENT PROPRE ET ABSOLUMENT SANS RISQUE. IL N'A JAMAIS ETE UTILISE AUPARAVANT ET SERA JETE APRES CHAQUE TEST. LE SANG SERA TESTE POUR L'ANEMIE IMMEDIATEMENT ET LES RESULTATS VOUS SERONT COMMUNIQUEES TOUT DE SUITE. LES RESULTATS SONT CONFIDENTIELS ET NE SERONT TRANSMISES A PERSONNE EN DEHORS DE L'EQUIPE DE L'ENQUETE. AVEZ-VOUS DES QUESTIONS ? VOUS POUVEZ DIRE OUI POUR LE TEST, OU NON. C'EST VOTRE DECISION. AUTORISEZ-VOUS (NOM DE L'ADOLESCENTE) A PARTICIPER AU TEST D'ANEMIE ?		
	LIRE LE CONSENTEMENT POUR L'ANEMIE. ENCERCLE LES CODES APPROPRIES ET SIGNER.	ENQUÊTÉE ET PARENT/ ADULTE RESPONSABLE ACCORDÉ..... 1 ENQUÊTÉE REFUSÉ2 PARENT/ADULTE RESPONSABLE REFUSÉ 3(SIGNER)	
AW7	PRÉPARER LE MATÉRIEL ET EFFECTUER LE TEST POUR LA FEMME SI LE CONSENTEMENT EST OBTENU ET CONTINUER À AW8.		
AW8	ENREGISTRER LE CODE RESULTAT DU TEST DE L'ANEMIE.	TESTÉ1 PAS PRÉSENTE.....2 REFUSÉ.....3 AUTRE6	2⇒WM11 3⇒WM11 6⇒WM11
AW9	ENREGISTRER LE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.	G/DL..... ' _ _ _ , _ _	
WM11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes : _ _	
WM12	L'enquêtée est-elle la mère ou la personne qui prend soin d'un enfant de 0-4 vivant dans le ménage? Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL8. <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Allez au QUESTIONNAIRE ENFANTS DE MOINS DE CINQ ANS pour cet enfant et commencez l'interview avec cette enquête. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquête en la remerciant pour sa coopération. Vérifiez la présence d'autre femme éligible ou d'autre enfant de moins de 5 ans dans le ménage.		