REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS

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

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME	**WM**
Ce questionnaire doit être administré à toutes les femmes âgées de 15à 49 ans (voir colonne HL7 de la liste des membres du ménage). Un questionnaire séparé doit être utilisé pour chaque femme éligible.	
WM1. Numéro séquentiel de Grappe : ___ ___ ___	**WM2**. Numéro de ménage : ___ ___
WM3. Nom de la femme : Nom_____	**WM4**. Numéro de ligne de la femme: ___ ___
WM5. Nom et code de l'enquêteur/enquêtrice : Nom_____ ___ ___	**WM6**. Jour / Mois / Année de l'interview : ___ ___ /___ ___ / 2014

Si ce n'est pas déjà fait, se présenter à l'enquêtée: 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.	*Si la présentation au début du questionnaire ménage a déjà était faite à cette répondante, lire la phrase suivante:* 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.

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.*

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

WM8. Contrôleuse/Contrôleur de terrain (Nom et code): Nom_____ ___ ___	**WM9**. Agent de saisie (Nom et code) : Nom_____ ___ ___

WM10. *Enregistrer 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 ? *Insister:* QUEL AGE AVIEZ-VOUS A VOTRE DERNIER ANNIVERSAIRE ? *Comparer et corrigerWB1 et/ou WB2 si incohérentes*	Âge (en années révolues) .....__ __	
WB3. AVEZ-VOUS DEJA FREQUENTE L'ECOLE OU L'ECOLE MATERNELLE ?	Oui..... 1 Non..... 2	 2⇨WB7
WB4. QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT ?	Maternelle..... 0 Primaire ..... 1 Secondaire..... 2 Supérieur 3	0⇨WB7
WB5. QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU ? *Si la 1ère année/classe du niveau x n'a pas été complétée, inscrire "x0".*	Année/classe .....__ __	

CODES WB5

NIVEAU	PRIMAIRE (NIVEAU=1)			SECONDAIRE (NIVEAU=2)			SUPERIEUR (NIVEAU=3)		
CLASSE	SIL/Class1	=	11	6ème/1ère A/Form1	=	21	1ère année/1st year	=	31
	CP/Class2	=	12	5ème/2ème A/Form2	=	22	2ème année/2nd year	=	32
	CE1/Class3	=	13	4ème/3ème A/Form3	=	23	3ème année/3rd year	=	33
	CE2/Class4	=	14	3ème/4ème A/Form4	=	24	4ème année/4th year	=	34
	CM1/Class5	=	15	2nde G ou T/Form5	=	25	5ème année ou plus/5th year or more	=	35
	CM2/Class6/Class7	=	16	1ère G ou T/Lower6	=	26			
				Tle 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*

WB7. J'AIMERAIS MAINTENANT QUE VOUS ME LISIEZ CETTE PHRASE. *Montrer la phrase sur la carte à l'enquêtée. Si l'enquêtée ne peut pas lire une phrase entière, insister :* POUVEZ-VOUS ME LIRE CERTAINES PARTIES DE LA PHRASE ?	Ne peut pas lire du tout ..... 1 Peut lire certaines parties..... 2 Peut lire la phrase entière ..... 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée _____4 *(Préciser langue)* Aveugle/problème de vue..... 5	

ACCES AUX MEDIAS ET UTILISATION DE LA TECHNOLOGIE DE L'INFORMATION/COMMUNICATION		MT
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*		
MT2. 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	
MT3. ECOUTEZ-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	
MT4. 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	
MT5.*VérifierWB2: Age de la répondante ?* ☐*15-24 ans* ⇨*Continuer avec MT6* ☐ *25-49 ans* ⇨*Passer au module suivant*		
MT6. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE UN ORDINATEUR ?	Oui.....1 Non.....2	2⇨MT9
MT7. AVEZ- VOUS UTILISE UN ORDINATEUR, QUEL QUE SOIT LE LIEU, AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇨MT9
MT8. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE UN ORDINATEUR: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine.....3 Pas du tout.....4	
MT9. AVEZ-VOUS DEJA UTILISE INTERNET ?	Oui.....1 Non.....2	2⇨Module suivant
MT10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET? *Si nécessaire, insister pour connaitre l'utilisation d'Internet quels que soient le lieu et l'appareil.*	Oui.....1 Non.....2	2⇨Module suivant
MT10A. OU AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS? AUTRE LIEU? *Encercler les codes correspondants aux différents lieux d'utilisation d'Internet cités*	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	
MT11. AU COURS DU DERNIER MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS UTILISE INTERNET: PRESQUE CHAQUE JOUR, AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE, MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE OU PAS DU TOUT?	Presque chaque jour.....1 Au moins une fois par semaine.....2 Moins d'une fois par semaine.....3 Pas du tout.....4	

FECONDITE/HISTORIQUE DES NAISSANCES		CM
CM1. 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
CM4. 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
CM5.COMBIEN DE FILS VIVENT AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES VIVENT AVEC VOUS ? *Si aucun, enregistrer '00'.*	Fils à la maison.....__ __ Filles à la maison.....__ __	
CM6. 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
CM7. COMBIEN DE FILS SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? COMBIEN DE FILLES SONT EN VIE MAIS NE VIVENT PAS AVEC VOUS ? *Si aucun, enregistrer '00'.*	Fils ailleurs.....__ __ Filles ailleurs.....__ __	
CM8. AVEZ-VOUS DONNE NAISSANCE A UN FILS OU UNE FILLE QUI EST NE(E) VIVANT(E) MAIS QUI EST DECEDE(E) PAR LA SUITE ? *Si "Non" Insister et demander :* JE VEUX DIRE UN ENFANT QUI A RESPIRE, CRIE OU MONTRE D'AUTRES SIGNES DE VIE – MEME S'IL N'A VECU QUE QUELQUES MINUTES OU QUELQUES HEURES ?	Oui .....1 Non.....2	2⇨CM10
CM9. COMBIEN DE GARÇONS SONT DECEDES ? COMBIEN DE FILLES SONT DECEDEES ? *Si aucun, enregistrer '00'.*	Garçons décédés.....__ __ Filles décédées.....__ __	
CM10.*Faire la somme des réponses à CM5, CM7 et CM9*	Somme.....__ __	

CM11. 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 ?

☐*Oui. ⇨Vérifier ci-dessous :*

☐*Pas de naissance vivante⇨Aller au module SYMPTÔMES DES MALADIES*

☐*Une ou plusieurs naissances vivantes ⇨Continuer avec le module HISTORIQUE DES NAISSANCES*

☐*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*

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.** QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (*premier/suivant*) ENFANT?	**BH2.** PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX? 1 Simple 2 Multiple		**BH3.** (*Nom*) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille		**BH4.** EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (*nom*)? *Insister*: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		**BH5.** (*Nom*) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non		**BH6.** QUEL AGE A EU (*nom*) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? *Enregistrer l'âge en années révolues.*	**BH7.** EST-CE QUE (*nom*) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non		**BH8.** *Enregistrer N° de ligne de l'enfant (de HL1 du questionnaire ménage)* *Noter "00"si enfant n'est pas dans le ménage.*	**BH9.** *Si décédé :* QUEL AGE AVAIT (*nom*) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? *Si "1 an", insister:* QUEL AGE AVAIT (*nom*) EN MOIS? *Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années*		**BH10.** Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (*nom de la naissance précédente*) ET (*nom*), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1Oui 2 Non	
Ligne	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 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨Ligne suivante	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___		
02		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.
03		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.
04		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.
05		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.
06		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.
07		1	2	1	2	___ ___	___ ___ ___ ___	1	2 ⇩ BH9	___ ___	1	2	___ ___ ⇨BH10	Jours ..... 1 Mois ..... 2 Années..... 3	___ ___	1 Ajouter Naissance	2 Naissance Suivante.

BH RANG DE NAIS-SAN-CE	**BH1.** QUEL PRENOM A ETE DONNE A VOTRE (*premier/suivant*) ENFANT?	**BH2.** PARMI CES NAISSANCES Y AVAIT-IL DES JUMEAUX? 1 Simple 2 Multiple	**BH3.** (*Nom*) EST UN GARÇON OU UNE FILLE ? 1 Garçon 2 Fille	**BH4.** EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE EST NE(E) (*nom*)? *Insister*: QUELLE EST SA DATE DE NAISSANCE?		**BH5.** (*Nom*) EST-IL/ELLE TOUJOURS EN VIE? 1 Oui 2 Non	**BH6.** QUEL AGE A EU (*nom*) A SON DERNIER ANNIVER SAIRE ? *Enregistrer l'âge en années révolues.*	**BH7.** EST-CE QUE (*nom*) HABITE AVEC VOUS ? 1 Oui 2 Non	**BH8.** *Enregistrer* N° *de ligne de l'enfant (de HL1 du questionnaire ménage)* *Noter "00"si enfant n'est pas dans le ménage.*	**BH9.** *Si décédé :* QUEL AGE AVAIT (*nom*) QUAND IL/ELLE EST DECEDE(E) ? *Si "1 an", insister:* QUEL AGE AVAIT (*nom*) EN MOIS? *Noter en jours si moins d'1 mois; Noter en mois si moins de 2 ans ; ou en années*		**BH10.** Y A-T-IL EU D'AUTRES NAISSANCES VIVANTES ENTRE (*nom de la naissance précédente*) ET (*nom*), Y COMPRIS UN ENFANT MORT JUSTE APRES LA NAISSANCE? 1Oui 2 Non
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.*		
DB1. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE DE (*nom*), VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨Module suivant
DB2. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ?	Plus tard ..... 1 Pas d'enfant 2	2⇨ Module suivant
DB3. COMBIEN DE TEMPS AURIEZ-VOUS SOUHAITE ATTENDRE ? *Noter la réponse telle que donnée par l'enquêtée.*	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.*		
MN1. AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE(*nom*) ? *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.*	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨MN5
MN2. QUI AVEZ-VOUS VU ? *Insister :* QUELQU'UN D'AUTRE ? *Insister pour obtenir le type de personne vue et encercler toutes les réponses données.*	Professionnel de la santé : Médecin.....A IS/IDEA/Infirmièr(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	
MN2A. DE COMBIEN DE SEMAINES OU DE MOIS ETIEZ-VOUS ENCEINTE QUAND VOUS AVEZ REÇU DES SOINS PRENATALS POUR LA PREMIERE FOIS? *Enregistrer la réponse telle que donnée par la répondante.*	Semaines ..... 1 __ __ Mois ..... 2 0 __ NSP 998	
MN3. COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE ? *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.*	Nombre de fois ..... __ __ NSP 98	
MN4. DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS ?	Oui Non	
[A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION ?	Tension 1 2	
[B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE ?	Prélèvement d'urine 1 2	
[C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG ?	Prélèvement sanguin 1 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/document est présenté, l'utiliser pour les réponses aux questions suivantes.*	Oui (carnet vu)..... 1 Oui (carnet non vu)..... 2 Non ..... 3 NSP 8	
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 Non ..... 2 NSP 8	 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, enregistrer '7'.*	Nombre de fois ..... __ NSP 8	 8⇨MN9

MN8. *Combien d'injections antitétaniques ont été déclarées à MN7 pour la dernière grossesse ?* ☐*Au moins deux injections antitétaniques au cours de la dernière grossesse ⇨Aller à MN12* ☐*Une seule injection au cours de la dernière grossesse ⇨Continuer 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 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN12 8⇨MN12
MN10. AVANT LA GROSSESSE DE (*nom*), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITETANIQUE ? *Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.*	Nombre de fois ..... __ NSP 8	 8⇨MN12
MN11. CELA FAIT COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIERE INJECTION ANTITETANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (*nom*) ? *Si moins d'1 année, enregistrer '00'.*	Il y a année ..... __ __	
MN12. *Vérifier MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse :* ☐ *Oui, soins prénatals reçus⇨ Continuer avec MN13* ☐*Pas de soins prénatals ⇨Aller à MN17*		
MN13. AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRENATALES POUR LA GROSSESSE DE (*nom*), EST-CE- QUE VOUS AVEZ PRIS DES MEDICAMENTS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN17 8⇨MN17
MN14. QUELS MEDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR EVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME ? *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.*	SP / Fansidar.....A Chloroquine/Nivaquine .....B Autre(*Préciser*)_____ X NSP .....Z	
MN15.*Vérifier MN14 pour le médicament pris :* ☐ *SP / Fansidar pris⇨ Continuer avec MN16* ☐ *SP / Fansidar non pris⇨ Aller à MN17*		
MN16. 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	

MN17. QUI VOUS A ASSISTE PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (*nom*) ? *Insister :* QUELQU'UN D'AUTRE ? *Insister pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encercler toutes les réponses mentionnées.* *Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insister pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.*	Professionnel de la santé: Médecin.....A IS/IDEA/Infirmière / 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 Parent(e) / Ami(e) ..... H Autre (*Préciser*) _____ X Personne.....Y	
MN18. OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (*nom*) ? *Insister pour obtenir le type d'endroit.* *S'il n'est pas possible de déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrire le nom de l'endroit.* _____ *(Nom de l'endroit)*	Domicile Domicile de l'enquêtée..... 11 Autre domicile..... 12 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 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 privé médical (*Préciser*) _____ 36 Autre (*Préciser*) _____ 96	11⇨MN20 12⇨MN20 96⇨MN20
MN19. AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (*nom*) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨MN20
MN19A. QUAND EST-CE QUE LA DECISION DE FAIRE UNE CESARIENNE A-T-ELLE ETE PRISE ? ETAIT-CE AVANT OU APRES QUE LES DOULEURS DE L'ACCOUCHEMENT AIENT COMMENCE?	Avant..... 1 Après..... 2	
MN20. QUAND (*nom*) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE : TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT ?	Très gros ..... 1 Plus gros que la moyenne ..... 2 Moyen ..... 3 Plus petit que la moyenne..... 4 Très petit ..... 5 NSP 8	
MN21. (*Nom*) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	 2⇨MN23 8⇨MN23

MN22. COMBIEN (*nom*) PESAIT-IL/ELLE ? *Enregistrer le poids du carnet de santé, s'il est disponible.*	Du carnet de santé .....1 (kg) __ , __ __ __ De mémoire.....2 (kg) __ , __ __ __ NSP 99998	
MN23. EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (*nom*)?	Oui .....1 Non 2	
MN24. AVEZ-VOUS ALLAITE (*nom*)?	Oui .....1 Non 2	2⇨ Module suivant
MN25. COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (*nom*) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS ? *Si moins d'1 heure, noter '00' heure.* *Si moins de 24 heures, noter en heures.* *Autrement, noter en jours*	Immédiatement.....000 Heures ..... 1 __ __ Jours ..... 2 __ __ NSP/ Ne se rappelle pas.....998	
MN26. DANS LES 3 PREMIERS JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, A-T-ON DONNE A BOIRE A (*nom*) AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL ?	Oui .....1 Non 2	2⇨ Module suivant
MN27. QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (*nom*) ? *Insister :* RIEN D'AUTRE ?	Lait (autre que du lait maternel) .....A Eau .....B Eau sucrée/eau glucosée ..... C Calmant pour coliques ..... D Solution eau salée/sucrée.....E Jus de fruit.....F Préparation pour bébé ..... G Thé / Infusions..... H Miel .....I Autre (*Préciser*) X	

EXAMENS DE SANTE POST NATALS		PN
Ce module doit être administré à toutes les femmes ayant eu une naissance vivante au cours des 2 années précédant la date de l'entretien. *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.*VérifierMN18: 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*		
PN7. 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. 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*) ?	Oui .....1 Non 2	
PN8. EST-CE QUE (*la ou les personnes à MN17*) A/ONT CONTROLE VOTRE SANTE AVANT SON/LEUR DEPART? PAR CONTROLE DE SANTE, JE VEUX DIRE UN BILAN DE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui .....1 Non 2	
PN9. APRES LE DEPART DE (*la ou les personnes à MN17)*, EST-CE QUE QUELQU'UN D'AUTRE A CONTROLE LA SANTE DE (*nom*)?	Oui .....1 Non 2	1⇨PN11 2⇨PN18
PN10. JE VOUDRAIS VOUS PARLER DES EXAMENS DE SANTE DE (*nom*) APRES L'ACCOUCHEMENT, PAR EXEMPLE EXAMINER (*nom*), VERIFIER LE CORDON OMBILICAL, OU VOIR SI (*nom*) SE PORTE BIEN. APRES LA NAISSANCE DE (*nom*), EST-CE QUE QUELQU'UN A CONTROLE SA SANTE?	Oui .....1 Non 2	2⇨PN19
PN11. CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS?	Une fois .....1 Plus d'une fois 2	1⇨PN12A 2⇨PN12B
PN12A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT LE CONTROLE A-T-IL EU LIEU? **PN12B**. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES? *Si c'est moins 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	

PN13. QUI A CONTROLE LA SANTE DE (*nom*) A CE MOMENT-LA?	Professionnel de la santé: Médecin ..... A IS/IDEA/Infirmièr(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 Parent/Ami ..... H Autre (*Préciser*) _____ X	
PN14. OU A EU LIEU CE CONTROLE? *Insister pour déterminer le type d'endroit.* *S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.* _____ *(Nom du lieu)*	Domicile Domicile de l'enquêtée .....11 Autre domicile .....12 Secteur public Hôpital public .....21 Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public.....22 Centre Médical d'Arrondis-sement (CMA). .....24 Autre public médical (*Préciser*) _____ 26 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 Autre (*Préciser*) _____ 96	
PN15.*VérifierMN18: L'enfant est né dans une structure de santé?* ☐*Oui, l'enfant est né dans une structure de santé (MN18=21-26 ou 30-36) ⇨Continuer avec PN16* ☐*Non, l'enfant n'est pas né dans une structure de santé (MN18=11-12 ou 96) ⇨Aller à PN17*		
PN16. APRES AVOIR QUITTE (*nom ou type de structure sanitaire MN18*), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?	Oui .....1 Non 2	1⇨PN20 2⇨Module suivant
PN17. *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, une accoucheuse traditionnelle ou autre agent de santé (MN17=A-G) ⇨ Continuer avec PN18* ☐*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*		
PN18. APRES L'ACCOUCHEMENT ET LE DEPART DE (*la ou les personnes à MN17*), EST-CE QUE QUELQU'UN A EXAMINE VOTRE SANTE?	Oui .....1 Non 2	1⇨PN20 2⇨Module suivant

PN19. APRES LA NAISSANCE DE (NOM), A-T-ON CONTROLE VOTRE SANTE ? JE VEUX DIRE QUELQU'UN QUI A VERIFIE VOTRE SANTE, PAR EXEMPLE POSER DES QUESTIONS SUR VOTRE SANTE OU VOUS EXAMINER.	Oui .....1 Non 2	2⇨Module suivant
PN20. CES CONTROLES ONT-ILS EU LIEU SEULEMENT UNE FOIS OU PLUS D'UNE FOIS ?	Une fois .....1 Plus d'une fois 2	1⇨PN21A 2⇨PN21B
PN21A. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT CE CONTROLE A-T-IL EU LIEU ? **PN21B**. COMBIEN DE TEMPS APRES L'ACCOUCHEMENT A EU LIEU LE PREMIER DE CES CONTROLES ? *Si c'est moins d'une journée, noter en heures.* *Si c'est moins d'une semaine, noter en jours.* *Autrement, noter en semaines.*	Heures..... 1 __ __ Jours ..... 2 __ __ Semaines ..... 3 __ __ NSP/ne se rappelle pas 998	
PN22. QUI A CONTROLE VOTRE SANTE A CE MOMENT-LA ?	Professionnel de la santé: Médecin..... A IS/IDEA/Infirmièr(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 Parent/Ami..... H Autre (***Préciser***) _____X	
PN23. OU A EU LIEU CE CONTROLE? *Insister pour déterminer le type d'endroit.* *S'il est impossible de déterminer si c'est public ou privé, écrire le nom du lieu.* _____ *(Nom du lieu)*	Domicile Domicile de l'enquêtée.....11 Autre domicile .....12 Secteur public Hôpital public .....21 Centre de santé (CSI/CS/PMI/Dispensaire) public.....22 Centre Médical d'Arrondis-sement (CMA). .....24 Autre public médical (*Préciser*) _____ 26 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 Autre **(*Préciser*)** _____96	

SYMPTOMES DES MALADIES		IS
IS1. *Vérifier la Liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15du 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 <u>ne pas</u> 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
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⇨CP2A
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	1⇨CP3
CP2A. AVEZ-VOUS DEJA FAIT QUELQUE CHOSE OU UTILISE UNE METHODE POUR RETARDER UNE GROSSESSE OU POUR EVITER DE TOMBER ENCEINTE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇨ Module suivant 2⇨ Module suivant
CP3. QUE FAITES-VOUS ACTUELLEMENT POUR RETARDER OU EVITER UNE GROSSESSE ? AUTRE METHODE ? *Ne pas suggérer de réponse.* *Si plus d'une méthode est mentionnée, encercler chacune d'entre elles.*	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 Autre (*Préciser*) _____ X	

BESOINS NON SATISFAITS		UN
UN1. *Vérifier CP1. Actuellement enceinte?* ☐*Oui, actuellement enceinte ⇨ Continuer avec UN2* ☐*Non, pas sure ou NSP ⇨Aller à UN5*		
UN2. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER DE VOTRE GROSSESSE ACTUELLE. QUAND VOUS ETES TOMBEE ENCEINTE, VOULIEZ-VOUS TOMBER ENCEINTE A CE MOMENT-LA ?	Oui ..... 1 Non 2	1⇨UN4
UN3. VOULIEZ-VOUS AVOIR UN ENFANT PLUS TARD OU VOULIEZ-VOUS NE PAS (NE PLUS) AVOIR D'(AUTRES) ENFANTS ?	Plus tard..... 1 Pas d'autre enfant 2	
UN4. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS AU SUJET DE L'AVENIR. APRES L'ENFANT QUE VOUS ATTENDEZ, VOUDRIEZ-VOUS AVOIR UN AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT ?	Avoir un autre enfant ..... 1 Pas d'autre enfant ..... 2 Indécise /NSP 8	1⇨UN7 2⇨UN13 8⇨UN13
UN5. *Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine ?* ☐ *Oui ⇨Aller à UN13* ☐ *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 enceinte ..... 3 Indécise / NSP 8	 2⇨UN9 3⇨UN11 8⇨UN9
UN7. COMBIEN DE TEMPS VOUDRIEZ-VOUS ATTENDRE AVANT LA NAISSANCE D'UN (AUTRE) ENFANT ?	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
UN8. *Vérifier CP1. Actuellement enceinte ?* ☐ *Oui, Actuellement enceinte ⇨Aller à UN13* ☐ *Non, pas sure ou NSP ⇨ Continuer avec UN9*		

UN9. *Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ?* ☐ *Oui ⇨Aller à UN13* ☐ *Non ⇨ Continuer avec UN10*		
UN10. PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	1 ⇨UN13 8 ⇨UN13
UN11.POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE? *Insister :* AUTRE RAISON *?*	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents .....A Ménopause .....B N'a jamais eu de règles .....C Hystérectomie (utérus enlevé) .....D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès .....E Est en aménorrhée postpartum .....F Allaite ..... G Trop âgée.....H Fataliste ..... I Autre (*Préciser*) _____ X NSP .....Z	
UN12. *Vérifier UN11. "N'a jamais eu de règles" mentionné?* ☐*Mentionné ⇨Aller au Module suivant* ☐*Pas mentionné ⇨Continuer avec UN13*		
UN13. QUAND EST-CE QUE VOS DERNIERES REGLES ONT COMMENCE ? *Enregistrer l'information en utilisant la même unité de temps que celle donnée par l'enquêtée*	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
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 VOTRE MARI/PARTENAIRE ? *Insister:* QUEL AGE AVAIT-IL A SON DERNIER ANNIVERSAIRE ?	Age 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 PARTENAIRES 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	3⇨Module suivant
MA5A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ETIEZ-VOUS MARIEE OU VIVIEZ-VOUS AVEC UN HOMME, COMME SI VOUS ETIEZ MARIEE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
MA6. QUELLE EST VOTRE SITUATION MATRIMONIALE ACTUELLE : ETES-VOUS VEUVE, DIVORCEE OU SEPAREE ?	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	1⇨MA8A 2⇨MA8B
MA8A. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME ? **MA8B**. EN QUEL MOIS ET QUELLE ANNEE VOUS ETES-VOUS MARIEE POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS OU AVEZ-VOUS COMMENCE A VIVRE AVEC UN HOMME POUR LA <u>PREMIERE</u> FOIS?	Date du (premier) mariage Mois.....__ __ NSPMois..... 98 Année .....__ __ __ __ NSPAnnée 9998	⇨ Module suivant
MA9. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE <u>PREMIER</u> MARI/PARTENAIRE ?	Age en années.....__ __	

ATTITUDES ET PRATIQUE VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE — DV

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

DV1. PARFOIS UN MARI EST CONTRARIE 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 :		Oui	Non	NSP	
[A] SI ELLE SORT SANS LE LUI DIRE ?	Sort sans le lui dire.....	1	2	8	
[B] SI ELLE NEGLIGE LES ENFANTS ?	Néglige les enfants.....	1	2	8	
[C] SI ELLE SE DISPUTE AVEC LUI ?	Dispute avec lui.....	1	2	8	
[D] SI ELLE REFUSE D'AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI ?	Refuse les rapports sexuels	1	2	8	
[E] SI ELLE BRULE LA NOURRITURE ?	Brûle la nourriture.....	1	2	8	
[F] SI ELLE NE RESPECTE PAS SES BEAUX-PARENTS ?	Ne respecte pas ses ..... beaux-parents	1	2	8	
[G] SI ELLE A DES AMI(ES) JUGE(ES) PEU RECOMMANDABLES	A des ami(es) jugé(es) ..... peu recommandables	1	2	8	
[H] SI ELLE NE S'HABILLE PAS A LA CONVENANCE DU MARI ?	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 avecDV3*

☐*Pas encerclé ⇨Aller au module suivant*

DV3. 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:		Souvent	Parfois	Jamais	
[A] VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Vous fasse quelque chose ..... pour vous humilier	1	2	3	
[B] VOUS MENACE MECHAMMENT, VOUS OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?	Vous menace méchamment.....	1	2	3	
[C] VOUS INSULTE OU VOUS RABAISSE?	Vous insulte ou vous rabaisse	1	2	3	
[D] VOUS BOUSCULE, SECOUE, OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?	Vous bouscule, secoue	1	2	3	
[E] VOUS GIFLE?	Vous gifle.....	1	2	3	
[F] VOUS TORDE LE BRAS OU VOUS TIRE LES CHEVEUX?	Vous torde le bras ou ..... tire les cheveux	1	2	3	
[G] VOUS FRAPPE A COUPS DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI PEUT VOUS BLESSER?	Vous frappe à coups de poing.....	1	2	3	
[H] VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU TRAINE A TERRE?	Vous donne des coups de pied	1	2	3	
[I] ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?	Essaye de vous étrangler.....	1	2	3	
[J] VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	Vous menace avec un couteau	1	2	3	
[K] VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS AVEC LUI QUAND VOUS NE LE VOULIEZ PAS?	Vous force physiquement à ..... Avoir des rapports sexuels	1	2	3	
[L] VOUS FORCE A PRATIQUER DES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?	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.		
SB1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR VOTRE ACTIVITE SEXUELLE AFIN DE MIEUX COMPRENDRE CERTAINS PROBLEMES DE LA VIE ? LES INFORMATIONS QUE VOUS FOURNIREZ RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA TOUTE PREMIERE FOIS ?	N'a jamais eu de rapports sexuels .....00 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 Non..... 2 NSP / Ne se souvient pas..... 8	
SB3. QUAND AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS POUR LA DERNIERE FOIS ? *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.*	Il y a … jours.....1 __ __ Il y a … semaines.....2 __ __ Il y a … mois .....3 __ __ Il y a …ans.....4 __ __	4⇨SB15
SB4. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS, EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui..... 1 Non..... 2	
SB5. QUELLE ETAIT VOTRE RELATION AVEC LA PERSONNE AVEC QUI VOUS AVEZ EU VOS DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ? *Insister pour vous assurer que la réponse se réfère au type de relation au moment du rapport sexuel* *Si 'petit ami', demander:* VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIES ? *Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.*	Mari ..... 1 Partenaire cohabitant ..... 2 Petit ami..... 3 Rencontre occasionnelle ..... 4 Autre(*Préciser*) _____ 6	 3⇨SB7 4⇨SB7 6⇨SB7
SB6. *Vérifier MA1:* ☐ *Actuellement mariée ou vivant en union avec un homme (MA1 = 1 ou 2) ⇨ Aller à SB8* ☐ *Pas mariée / Pas en union (MA1 = 3) ⇨ Continuer avec SB7*		
SB7. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? *Si NSP, insister :* QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Âge du partenaire sexuel.....__ __ NSP 98	
SB8. AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Oui..... 1 Non..... 2	 2⇨SB15

SB9. LA DERNIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CETTE AUTRE PERSONNE EST-CE QU'UN CONDOM A ETE UTILISE ?	Oui ..... 1 Non 2	
SB10. QUELLE EST VOTRE RELATION AVEC CETTE PERSONNE ? *Insister pour vous assurer que la réponse fait référence au type de relation au moment du rapport sexuel.* *Si 'petit ami', demander:* VIVIEZ-VOUS ENSEMBLE COMME SI VOUS ETIEZ MARIES? *Si 'oui', encercler '2'. Si 'non', encercler '3'.*	Mari ..... 1 Partenaire cohabitant ..... 2 Petit ami..... 3 Rencontre occasionnelle ..... 4 Autre*(Préciser)*_____6	 3⇨SB12 4⇨SB12 6⇨SB12
SB11. *Vérifier MA1 et MA7:* ☐*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* ☐*Sinon ⇨ Continuer avec SB12*		
SB12. QUEL AGE A CETTE PERSONNE ? *Si NSP, insister :* QUEL AGE A CETTE PERSONNE ENVIRON ?	Age du partenaire sexuel.....__ __ NSP 98	
SB13. 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
SB14. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ?	Nombre de partenaires.....__ __	
SB15. EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS DANS TOUTE VOTRE VIE ? *En cas de réponse non numérique, insister pour obtenir une estimation.* *Si le nombre de partenaires est égal à 95 ou plus, inscrire'95'.*	Nombre de partenaires au cours de la vie .....__ __ NSP 98	

VIH/SIDA		HA
HA1. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET. AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER D'UNE MALADIE APPELEE SIDA ?	Oui ..... 1 Non 2	 2⇨Module suivant
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 Non ..... 2 NSP 8	
HA3. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA PAR SORCELLERIE OU AUTRES MOYENS SURNATURELS ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
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 Non ..... 2 NSP 8	
HA5. EST-CE QUE LES GENS PEUVENT CONTRACTER LE VIRUS DU SIDA PAR DES PIQURES DE MOUSTIQUES ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
HA6. 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	
HA7. EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARAISSANT EN BONNE SANTE AIT, EN FAIT, LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP 8	
HA8. EST-CE QUE LE VIRUS QUI CAUSE LE SIDA PEUT ETRE TRANSMIS DE LA MERE A SON BEBE : [A] AU COURS DE LA GROSSESSE ? [B] PENDANT L'ACCOUCHEMENT ? [C] EN ALLAITANT ?	Oui Non NSP Au cours de la grossesse.....1 2 8 Pendant l'accouchement.....1 2 8 En allaitant 1 2 8	
HA8A. *Vérifier HA8[A], [B] et [C]:* ☐*Toutes : 'Non' ou 'NSP' ⇨ Aller à HA9.* ☐*Au moins un 'oui' ⇨ Continuer avec HA8B.*		
HA8B. 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	
HA9. À VOTRE AVIS, SI UNE ENSEIGNANTE A LE VIRUS DU SIDA MAIS QU'ELLE N'EST PAS MALADE, EST-CE QU'ELLE DEVRAIT ETRE AUTORISEE A CONTINUER D'ENSEIGNER A L'ECOLE ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA10. EST-CE QUE VOUS ACHETERIEZ DES LEGUMES FRAIS A UN MARCHAND OU A UN VENDEUR SI VOUS SAVIEZ QUE CETTE PERSONNE A LE VIRUS DU SIDA ?	Oui ..... 1 Non ..... 2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	

HA11. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SOUHAITERIEZ-VOUS QUE SON ETAT RESTE SECRET ?	Oui .....1 Non .....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	
HA12. SI UN MEMBRE DE VOTRE FAMILLE ETAIT INFECTE PAR LE VIRUS DU SIDA, SERIEZ-VOUS PRETE A PRENDRE SOIN DE LUI/ELLE DANS VOTRE PROPRE MENAGE ?	Oui .....1 Non .....2 NSP / Pas sûre / Ça dépend 8	

HA13. *Vérifier CM13: Une naissance vivante au cours des 2 dernières années ?*

☐*Non, pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années (CM13=« Non » ou blanc). ⇨ Aller à HA24.*

☐*Une ou plusieurs naissances vivantes au cours des 2 dernières années ⇨ Continuer avec HA14*

HA14. *Vérifier MN1: A reçu des soins prénatals ?*

☐ *Oui, soins prénatals reçus.⇨ Continuer avec HA15*

☐ *Non, pas de soins prénatals ⇨ Aller à HA24*

HA15. AU COURS D'UNE DES VISITES PRENATALES POUR VOTRE GROSSESSE DE (*nom*), AVEZ-VOUS REÇU DES INFORMATIONS SUR:	O N NSP	
[A] LES BEBES QUI ATTRAPENT LE VIRUS DU SIDA PAR LEUR MERE?	SIDA par la mère 1 2 8	
[B] LES CHOSES QUE VOUS POUVEZ FAIRE POUR EVITER D'ATTRAPER LE VIRUS DU SIDA?	Choses à faire 1 2 8	
[C] LA POSSIBILITE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	Test de SIDA 1 2 8	
VOUS A-T-ON: [D] PROPOSE DE FAIRE UN TEST POUR LE VIRUS DU SIDA?	Proposé un test..... 1 2 8	
HA16. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA DANS LE CADRE DE VOS SOINS PRENATALS ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	 2⇨HA19 8⇨HA19
HA17. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS, MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui .....1 Non.....2 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 REÇU DES CONSEILS ?	Oui .....1 Non.....2 NSP.....8	1⇨HA22 2⇨HA22 8⇨HA22

HA19. *Vérifier MN17 : Accouchement par un professionnel de la santé (A, B,C ou D)?*

☐ *Oui, accouchement par un professionnel de la santé ⇨Continuer avec HA20*

☐ *Non, accouchement pas assisté par un professionnel de la santé ⇨ Aller à HA24*

HA20. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS ETE TESTEE POUR LE VIRUS DU SIDA ENTRE LE MOMENT OU VOUS ETES VENUE POUR L'ACCOUCHEMENT ET AVANT LA NAISSANCE DU BEBE?	Oui.....1 Non.....2	2⇨HA24
HA21. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2	
HA22. AVEZ-VOUS EFFECTUE UN TEST DU VIH/SIDA DEPUIS LE MOMENT OU VOUS AVEZ ETE TESTEE AU COURS DE VOTRE GROSSESSE ?	Oui.....1 Non.....2	1⇨HA25
HA23. 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
HA24. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS DEJA EFFECTUE UN TEST POUR SAVOIR SI VOUS AVIEZ LE VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	2⇨HA27
HA25. QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST POUR LA DERNIERE FOIS ?	Il y a moins de 12 mois .....1 Il y a 12-23 mois .....2 Il y a 2 ans ou plus.....3	
HA26. JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇨ Module suivant 2⇨ Module suivant 8⇨ Module suivant
HA27. CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA ?	Oui.....1 Non.....2	

CONSOMMATION ET EXPOSITION AU TABAC	TC	
TC1A. 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
TC1B. QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ FUME DU TABAC POUR LA PREMIERE FOIS ? *Si 10 ans ou plus de 10 ans, enregistrer l'âge en années révolues.*	Age..... ___ ___ ans Avant l'âge de 10 ans.....10 NSP 98	
TC1. FUMEZ-VOUS ACTUELLEMENT DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ? *Insister pour que l'enquêté indique la fréquence de sa consommation de tabac.*	Tous les jours .....1 Moins d'une fois par jour .....2 Pas du tout .....3 NSP 8	1⇨TC3 3⇨TC2B 8⇨TC4
TC2A. PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP 8	1⇨ TC3 2⇨ TC3 8⇨ TC3
TC2B. PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS FUME DU TABAC TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ? *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).*	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
TC3. 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). *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.* *Si la personne interrogée déclare qu'elle fume le produit mais moins souvent que toutes les semaines, inscrire 888.* *Si la personne interrogée déclare ne pas du tout fumer le produit, inscrire 000.* *Vérifier qu'il s'agit du nombre de cigarettes et non de paquets.*	**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
TC4. 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

TC5A. PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS ?	Oui.....1 Non.....2 NSP.....8	1⇨ TC6 2⇨ TC6 8⇨ TC6
TC5B. PAR LE PASSE, AVEZ-VOUS CONSOMME DU TABAC SANS FUMEE TOUS LES JOURS, MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR OU PAS DU TOUT ? *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».*	Tous les jours .....1 Moins d'une fois par jour .....2 Pas du tout .....3 NSP.....8	
TC6. 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	
TC7. TRAVAILLEZ-VOUS ACTUELLEMENT EN DEHORS DE VOTRE DOMICILE ?	Oui.....1 Non/ Ne travaille pas.....2	2⇨TC10A
TC8.TRAVAILLEZ-VOUS GENERALEMENT A L'INTERIEUR OU A L'EXTERIEUR ?	A l'intérieur.....1 A l'extérieur.....2 Les deux 3	2⇨TC10A
TC9AU 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	
TC10A. *Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?):* ☐*Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour⇨Continuer à TC10* ☐*Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ou non concerné ⇨Aller à TC13*		
TC10. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, AVEZ-VOUS ESSAYE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui.....1 Non.....2	
TC11. AVEZ-VOUS CONSULTE UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES12 DERNIERS MOIS ?	Oui.....1 Non.....2	2⇨TC13
TC12. LORS D'UNE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTE AU COURS DES12 DERNIERS MOIS, VOUS A-T-ON RECOMMANDE D'ARRETER DE FUMER ?	Oui.....1 Non.....2	
TC13. 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	
TC14. 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	

TC15. 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
TC15A. *Vérifier TC1 (code 1 ou 2 encerclé ?):* ☐*Fume actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour, continuer à TC16* ☐*Ne fume pas actuellement du tabac tous les jours ou moins d'une fois par jour ⇨Aller à TC17*		
TC16. 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	
TC17. 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	
TC18. AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, AVEZ-VOUS REMARQUE L'UN DES TYPES DE PROMOTION SUIVANTS POUR LES CIGARETTES ? *Lire chaque question :* [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 ?	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	
TC18A. *Vérifier TC3 (rubrique A >0 ?):* ☐*Oui, fume actuellement des cigarettes manufacturées⇨Continuer à TC19* ☐*Non, ne fume pas actuellement des cigarettes manufacturées⇨ Aller au module suivant*		
TC19. 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 ? *Vérifier l'unité avec la répondante avant de consigner le nombre.* **TC19A**. SI PAQUET : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR PAQUET ? **TC19B**. SI CARTOUCHE : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTOUCHE ? **TC19C**. SI AUTRE CONTENANT : QUEL EST LE NOMBRE DE CIGARETTES PAR CONTENANT ? *Si NSP, inscrire 998.*	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
TC20. AU TOTAL, COMBIEN AVEZ-VOUS DEPENSE POUR CET ACHAT ? *Si NSP, inscrire 99998.*	___ ___ ___ ___ ___**F CFA**	

CONSOMMATION D'ALCOOL		TA
TA14. MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS SUR LA CONSOMMATION D'ALCOOL C'EST-A-DIRE DE BIERE, DE VIN, DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL MODERNE OU ARTISANAL. AVEZ-VOUS DEJA BU DE L'ALCOOL?	Oui.....1 Non.....2	2⇨Module suivant
TA15. NOUS COMPTONS COMME UNE DOSE D'ALCOOL, UNE CANETTE OU UNE BOUTEILLE DE BIERE, UN VERRE DE VIN, UNE DOSE DE COGNAC, DE VODKA, DE WHISKY OU DE RHUM, OU D'AUTRE ALCOOL. QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND VOUS AVEZ BU POUR LA PREMIERE FOIS DE L'ALCOOL AUTRE QUE QUELQUES GORGEES?	Jamais bu d'alcool .....00 Age ..... ___ ___	00⇨ Module suivant
TA15A. AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, A QUELLE FREQUENCE AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL ?	N'a pas bu au cours des 12 derniers mois .....0 Moins d'1 fois par mois .....1 1 à 3 jours par mois .....2 1 à 4 jours par semaine.....3 5 jours ou plus par semaine 4	0⇨ Module suivant
TA16. AU COURS DU DERNIER MOIS, COMBIEN DE JOURS AVEZ-VOUS BU AU MOINS UNE DOSE D'ALCOOL? *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"*	N'a pas bu au cours du dernier mois .....00 Nombre de jours..... 0 ___ 10 jours ou plus mais moins d'un mois .....10 Chaque jour/Presque chaque jour 30	00⇨ Module suivant
TA17. AU COURS DU DERNIER MOIS, LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL, COMBIEN DE DOSES PRENIEZ-VOUS HABITUELLEMENT ?	Nombre de doses ..... ___ ___	
TA18. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE D'ALCOOL PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	**Alcool moderne** Bière moderne.....11 Vin moderne.....12 Cognac/Vodka/Whisky/Rhum.....13 Autre alcool moderne *(Préciser)* ----------16 **Alcool artisanal** Vin de palme/Vin de raphia .....21 Bière de maïs/Kwata.....22 BiliBili/Bière de mil .....23 Odontol/Arki .....24 Autre alcool artisanal *(Préciser)* ----------26 Autre alcool *(Préciser)*----------96	
TA19. LES JOURS OU VOUS AVEZ BU DE L'ALCOOL AU COURS DU DERNIER MOIS, QUEL TYPE DE DOSE PRENIEZ-VOUS PRINCIPALEMENT ?	Prise/Conso de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum..11 Sachet de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum.....12 Verre ou équivalent.....13 Cannette .....14 Petite bouteille (≈ 30-33 cl de bière ou 18-20 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/ Rhum).....15 Moyenne bouteille (≈ 50 cl) .....16 Grande bouteille (≈ 65 cl de bière, ≈ 70 ou 75 cl de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum etc.)17 Bouteille familiale (≈1 l à 1,5l de vin, de Cognac/Vodka/Whisky/Rhum, etc.) .....18 Brique de Vin/Cognac/Vodka/Whisky/Rhum ...19 Calebasse .....20 Autre dose *(Préciser)*_____96	

SATISFACTION DE LA VIE		LS
LS1. *Vérifier WB2: Age de la répondante entre 15 et 24 ans?* ☐ *Age 25à 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	

LS7.QUEL EST (ETAIT) VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE TRAVAIL ACTUEL ?	N'a pas de travail .....0 Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS8.QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE SANTE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS9. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE L'ENDROIT OU VOUS VIVEZ ? *Au besoin, expliquer que la question fait référence à l'environnement où elle vit, notamment le quartier et l'habitat.*	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS10. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE LA FAÇON DONT LES GENS AUTOUR DE VOUS VOUS TRAITENT ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS11. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE APPARENCE PHYSIQUE ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS12. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE VIE EN GENERAL ?	Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS13. QUEL EST VOTRE NIVEAU DE SATISFACTION VIS-A-VIS DE VOTRE REVENU ACTUEL ? *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.*	N'a pas de revenu.....0 Très satisfaite .....1 Assez satisfaite.....2 Ni satisfaite ni insatisfaite.....3 Assez insatisfaite .....4 Très insatisfaite.....5	
LS14. COMPARE A L'ANNEE DERNIERE A LA MEME EPOQUE, DIRIEZ-VOUS QUE, DE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE S'EST AMELIOREE, EST RESTEE PLUS OU MOINS LA MEME OU A EMPIRE ?	Améliorée .....1 Plus ou moins la même.....2 Empiré.....3	
LS15. ET DANS UN AN, A COMPTER DE MAINTENANT, VOUS ATTENDEZ-VOUS A CE QUE, D'UNE MANIERE GENERALE, VOTRE VIE SOIT MEILLEURE, SOIT PLUS OU MOINS LA MEME OU SOIT PIRE ?	Meilleure.....1 Plus ou moins la même.....2 Pire.....3	

PARTICIPATION DE LA FEMME AU DEVELOPPEMENT	WD	
WD1. MAINTENANT JE VOUDRAI VOUS PARLER DE VOS ACTIVITES AU SEIN DU MENAGE ET DANS VOTRE COMMUNAUTE QUEL EST VOTRE TYPE D'OCCUPATION, C'EST-A-DIRE QUEL GENRE DE TRAVAIL FAITES-VOUS PRINCIPALEMENT ? *Laisser l'enquêtée décrire ce qu'elle fait et encercler le code correspondant.*	Ménage/travaux domestiques .....01 Ecole/études.....02 Sans occupation .....03 Secteurs d'activités Agriculture .....04 Industrie .....05 Commerce.....06 Services et Administration.....07 Autre (*Préciser*)_____....96	 04 ⇨WD3 05 ⇨WD3 06 ⇨WD3 07 ⇨WD3
WD2. FAITES-VOUS QUELQUE CHOSE QUI VOUS RAPPORTE UN REVENU EN NATURE OU EN ESPECES ?	Oui…….....1 Non.....…….....2	 2 ⇨WD3
WD2A. QUELLE EST L'ACTIVITE PRINCIPALE QUI VOUS RAPPORTE DES REVENUS EN NATURE OU EN ESPECES?	Agriculture .....1 Industrie .....2 Commerce.....3 Services et Administration.....4 Autre (*Préciser*) _____6	
WD3. EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES VOS DEPENSES PERSONNELLES, UNE PARTIE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES OU AUCUNE DE VOS DEPENSES PERSONNELLES?	Toutes les dépenses.....1 Une partie des dépenses .....2 Aucune dépense.....3	1⇨WD4 3⇨WD4
WD3A. QUELS SONT LES POSTES DE VOS DEPENSES PERSONNELLES QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ? AUTRE CHOSE ? *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.*	Alimentation, boisson..... A Habillement ..... B Education ..... C Santé et soins personnels..... D Autre *(Préciser)*_____..... X	
WD4. EST-CE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE TOUTES LES DEPENSES DU MENAGE, UNE PARTIE LES DEPENSES DU MENAGE OU AUCUNE DES DEPENSES DU MENAGE ?	Toutes les dépenses.....1 Une partie des dépenses .....2 Aucune dépense.....3	1⇨WD5 3⇨WD5
WD4A. QUELS SONT LES POSTES DES DEPENSES DE VOTRE MENAGE QUE VOUS PRENEZ EN CHARGE ? AUTRE CHOSE ? *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.*	Alimentation, boisson..... A Habillement ..... B Education ..... C Santé et soins personnels..... D Equipement de la maison..... E Logement .....F Autre *(Préciser)*_____..... X	
WD5. 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 ?	Oui……..1 Non……2	

WD6. 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	
WD7. 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	
WD8. 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) _____ *Lire chaque type d'association et encercler le code correspondant à la réponse de l'enquêtée.*	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 (*Préciser*) _____ 1 2	
WD8A. *Vérifier WD8:* ☐*Réponse 2 encerclée partout ⇨ Aller à WD10* ☐ *Au moins une réponse 1 encerclée ⇨Continuer à WD9*		
WD9. EXERCEZ-VOUS UNE RESPONSABILITE DANS CETTE/ AU MOINS UNE DE CES ASSOCIATIONS ?	Oui……..1 Non……..2	
WD10. AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS AVEZ-VOUS OBTENU UN CREDIT?	Oui……..1 Non……..2	2 ⇨ WM11
WD10A. 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 *(Préciser)*_____ 96	
WD11. 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 (Préciser)_____...96	

WM11. *Enregistrer l'heure.*	Heure et minutes ..... __ __ : __ __	

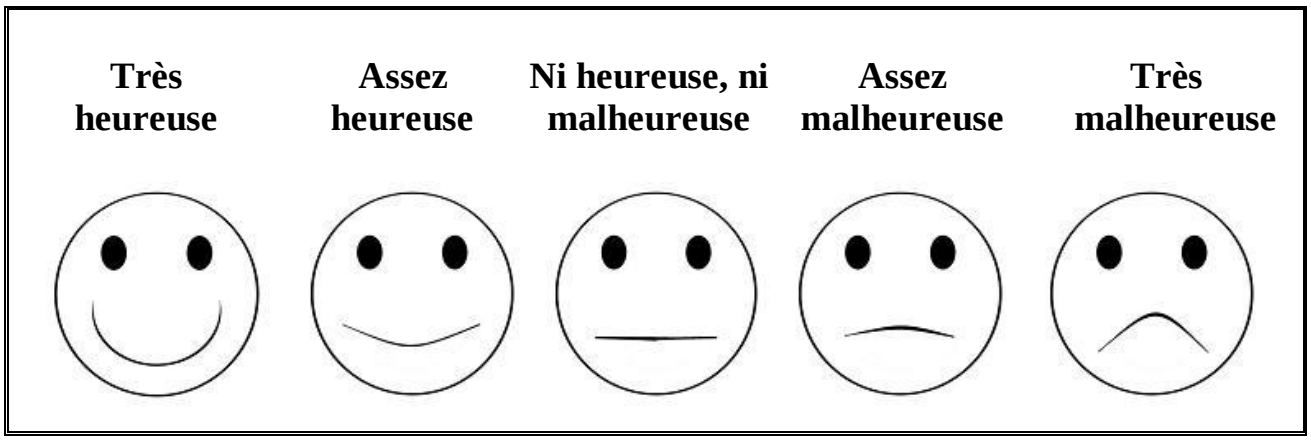
WM12. *Vérifier la liste des membres du ménage, colonnes HL7B et HL15.*
L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne ou la personne qui prend soin d'un enfant de 0-4 ans vivant dans le ménage ?

☐ *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.*

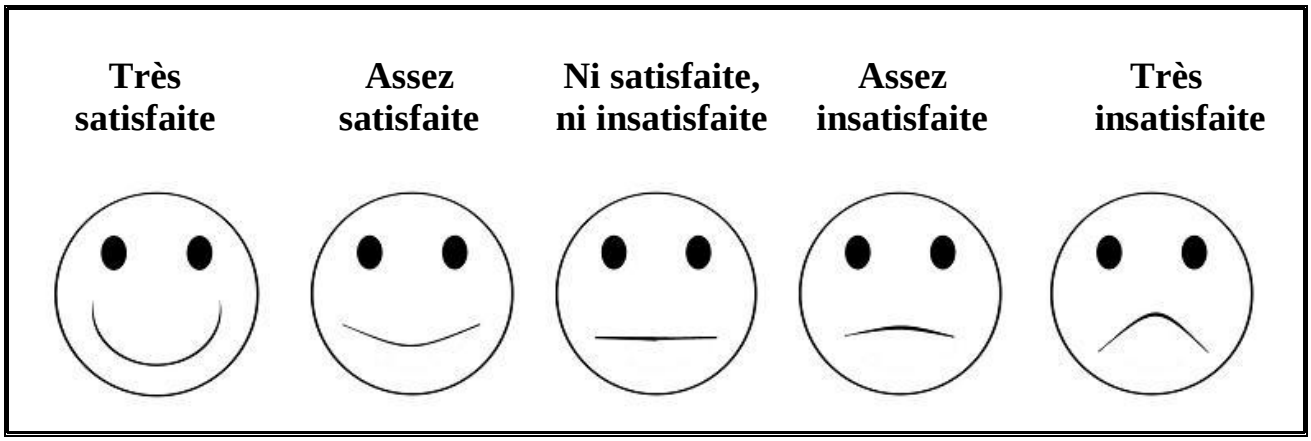
☐ *Non ⇨ Terminer l'interview avec cette enquêtée en la remerciant pour sa coopération et compléter le résultat du questionnaire femme (WM7) sur la page de couverture.*

CARTE REPONSE POUR SATSIFACTION DE VIE

CARTE COTE 1



CARTE COTE 2



Observations de l'enquêteur/enquêtrice

Observations de la contrôleuse/ du contrôleur de terrain

Observations du Chef d'équipe

Observations du superviseur