

Questionnaires

RÉPUBLIQUE DU TCHAD

QUESTIONNAIRE FEMME

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 : _____	WM4. Numéro de ligne de la femme : ____ ____
WM5. Nom et code de l'enquêtrice : Nom _____	WM6. Jour / Mois / Année de l'interview ____ / ____ / ____
<p>Si vous ne l'avez pas déjà fait, présentez-vous à l'enquêtée: NOUS SOMMES DES AGENTS DE L'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES. NOUS TRAVAILLONS SUR UN PROJET CONCERNANT LA SANTE FAMILIALE ET L'EDUCATION. JE VOUDRAIS PARLER AVEC VOUS DE CES SUJETS. L'INTERVIEW DEVRAIT PRENDRE 30 MINUTES. TOUTES LES INFORMATIONS QUE NOUS RECUEILLONS RESTERONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES ET VOS REPONSES NE SERONT JAMAIS DIVULGUEES EN DEHORS DU CADRE DU PROJET. VOUS N'ETES PAS OBLIGE DE REpondre AUX QUESTIONS AUXQUELLES VOUS N'AVEZ PAS ENVIE DE REpondre ET VOUS POUVEZ ARRETER L'ENTRETIEN A TOUT MOMENT. PUIS-JE COMMENCER MAINTENANT? <input type="checkbox"/> Oui, permission accordée ⇒ Allez à WM10 pour enregistrer l'heure et commencez l'interview. <input type="checkbox"/> Non, permission non accordée ⇒ Complétez WM7. Discutez ce résultat avec votre chef d'équipe.</p>	
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 (Nom et code): Nom _____	WM9. Agent de saisie (Nom et code): Nom _____
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 Non 2 2⇒WB7
WB4	QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU D'ETUDES QUE VOUS AVEZ ATTEINT?	Maternelle..... 0 0⇒WB7 Primaire 1 Secondaire..... 2 Supérieur..... 3
WB5	QUELLE EST LA DERNIERE ANNEE/CLASSE QUE VOUS AVEZ ACHEVEE A CE NIVEAU? Si moins d'1 classe/année, inscrivez "00"	Année/classe..... ____
WB6	Vérifiez WB4: <input type="checkbox"/> Secondaire ou supérieur. ⇒ Allez à WB8 module suivant <input type="checkbox"/> Primaire ⇒ Continuez avec WB7	

WB7	J'AIMERAI 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 entière 3 Pas de phrase dans la langue de l'enquêtée..... 4 (précisez langue) Aveugle/muette/problème de vue/élocution..... 5
WB8.	QUEL EST VOTRE GROUPE ETHNIQUE ?	Groupe ethnique..... (précisez)

MORTALITÉ DES ENFANTS

CM

Toutes les questions portent sur des naissances VIVANTES.		
CM1	MAINTENANT JE VOUDRAIS VOUS POSER DES QUESTIONS SUR TOUTES LES NAISSANCES QUE VOUS AVEZ EUES AU COURS DE VOTRE VIE. AVEZ-VOUS DEJA ENFANTE?	Oui..... 1 Non 2 2⇒CM8
CM2	QUELLE EST LA DATE DE VOTRE PREMIERE NAISSANCE? JE VEUX DIRE LA TOUTE PREMIERE FOIS QUE VOUS AVEZ EU UNE NAISSANCE, MEME SI L'ENFANT N'EST PLUS EN VIE, OU SI LE PERE N'EST PLUS VOTRE PARTENAIRE ACTUEL. Sautez à CM4 seulement si l'année de naissance est donnée. Sinon, continuez avec CM3.	Date de la première naissance Jour NSP Jour 98 Mois..... NSP mois 98 Année..... NSP année 9998 ⇒CM4
CM3	IL Y A COMBIEN D'ANNEES QUE VOUS AVEZ EU VOTRE PREMIERE NAISSANCE?	Années révolues depuis la première naissance
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, enregistrez '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, enregistrez '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 DÉCÉDÉ(E) PAR LA SUITE? Si "Non" insistez et demandez : 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, enregistrez '00'.	Garçons décédés..... Filles décédées.....
CM10	Faites 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) NAISSANCES AU COURS DE VOTRE VIE. EST-CE BIEN EXACT? <input type="checkbox"/> Oui. Vérifiez ci-dessous : <input type="checkbox"/> Pas de naissance ⇒ Allez au module des SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Une naissance ou plus ⇒ Continuez avec CM12 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Vérifiez les réponses aux questions CM1-CM10 et faites les corrections si nécessaire avant de continuer avec CM12	

Questionnaires

CM12	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.....
CM12A.	(Nom) EST-IL/ELLE ENCORE EN VIE ?	Oui 1 Non 2
CM13	Vérifiez CM12 et CM12A : 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 2008 . <input type="checkbox"/> Pas de naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Allez au module SYMPTÔMES DE MALADIES <input type="checkbox"/> Oui, naissance vivante au cours des 2 dernières années. ⇒ Demandez le nom de l'enfant. Nom de l'enfant _____ Si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous vous référez à l'enfant par son nom dans les modules suivants. Continuez avec le module suivant.	

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. Vérifier CM13 dans le module mortalité des enfants et enregistrer le nom du dernier enfant ici : _____.
Utilisez le nom de cet enfant dans les questions suivantes la où c'est indiqué.
Vérifier CM12A dans le module mortalité des enfants, si l'enfant est décédé, faites preuve de tact quand vous vous référez à l'enfant par son nom en posant les questions.

DB1	QUAND VOUS ETES TOMBE 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?	Mois..... 1 ____ 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. Vérifiez le module sur la mortalité des enfants à CM13 et enregistrez ici le nom de l'enfant dernier-né _____.

Quand vous posez les questions suivantes, utilisez le nom de l'enfant, là où c'est indiqué.
Souvenez-vous que si à CM12A l'enfant est décédé, vous devez faire preuve de tact en posant les questions.

MN1	AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)?	Oui 1 Non 2	2⇒MN5
MN2	QUI AVEZ-VOUS VU? 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 Infirmier/Infirmière/sage-femme..... B Sage-femme auxiliaire/MatronneC Autre personne Accoucheuse traditionnelle.....F Agent de santé communautaire G Autre (précisez) X	
MN3	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU DES SOINS PRENATALS AU COURS DE CETTE GROSSESSE?	Nombre de fois NSP..... 98	
MN4	DANS LE CADRE DES SOINS PRENATALS POUR CETTE GROSSESSE. AVEZ-VOUS EU LES EXAMENS SUIVANTS, AU MOINS UNE FOIS? [A] VOUS A-T-ON PRIS LA TENSION? [B] VOUS A-T-ON PRELEVE DE L'URINE? [C] VOUS A-T-ON PRELEVE DU SANG?	Oui Non Tension..... 1 2 Échantillon d'urine..... 1 2 Prélèvement sanguin..... 1 2	

MN5	AVEZ-VOUS UN CARNET OU AUTRE DOCUMENT DANS LEQUEL SONT INSCRITES TOUTES VOS VACCINATIONS? PUIS-JE LE VOIR, S'IL VOUS PLAÎT? Si un carnet vous est présenté, utilisez-le 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'ÉPAULE POUR ÉVITER AU BÉBÉ DE CONTRACTER LE TÉTANOS, C'EST-A-DIRE DES CONVULSIONS APRÈS LA NAISSANCE?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN9 8⇒MN9
MN7	COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU CETTE INJECTION CONTRE LE TÉTANOS AU COURS DE LA GROSSESSE DE (nom)? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois NSP 8	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 au cours de la dernière grossesse. ⇒ Continuez avec MN9		
MN9	EST-CE QU'À N'IMPORTE QUEL MOMENT AVANT LA GROSSESSE DE (nom), VOUS AVEZ REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE, SOIT POUR VOUS PROTÉGER VOUS-MÊME, SOIT POUR PROTÉGER UN AUTRE BÉBÉ?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN12 8⇒MN12
MN10	AVANT LA GROSSESSE DE (nom), COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS REÇU UNE INJECTION ANTITÉTANIQUE? Si 7 fois ou plus, enregistrez '7'.	Nombre de fois NSP 8	8⇒MN12
MN11	CELA FAIT COMBIEN D'ANNÉES QUE VOUS AVEZ REÇU LA DERNIÈRE INJECTION ANTITÉTANIQUE AVANT LA GROSSESSE DE (nom)?	Nombre d'année(s) _ _	
MN12	Vérifiez MN1 pour voir si la femme a reçu des soins prénatals au cours de cette grossesse: <input type="checkbox"/> Oui, soins prénatals reçus. ⇒ Continuez avec MN13 <input type="checkbox"/> Pas de soins prénatals ⇒ Allez à MN17		
MN13	AU COURS DE L'UNE DE CES VISITES PRÉNATALES POUR CETTE GROSSESSE, EST-CE QUE VOUS AVEZ PRIS DES MÉDICAMENTS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME?	Oui 1 Non 2 NSP 8	2⇒MN17 8⇒MN17
MN14	QUELS MÉDICAMENTS AVEZ-VOUS PRIS POUR ÉVITER DE CONTRACTER LE PALUDISME? Encerclez tous les médicaments pris. Si le type de médicament n'est pas déterminé, montrez à l'enquêtée un antipaludéen courant.	Fansidar A Chloroquine B Autre (précisez) X NSP Z	
MN15	Vérifiez MN14 pour le médicament pris: <input type="checkbox"/> SP / Fansidar pris. ⇒ Continuez avec MN16 <input type="checkbox"/> SP / Fansidar non pris. ⇒ Allez à MN17		
MN16	AU COURS DE CETTE GROSSESSE, COMBIEN DE FOIS AVEZ-VOUS PRIS SP/FANSIDAR?	Nombre de fois NSP 98	
MN17	QUI VOUS A ASSISTÉ PENDANT L'ACCOUCHEMENT DE (nom)? Insistez: QUELQU'UN D'AUTRE? Insistez pour le type de personne qui a assisté l'accouchement et encerclez toutes les réponses mentionnées. Si l'enquêtée déclare que personne ne l'a assistée, insistez pour déterminer si aucun adulte n'était présent lors de l'accouchement.	Professionnel de la santé: Médecin A Infirmier/Infirmière/Sage-femme B Sage-femme auxiliaire/Matronne C Autre personne Accoucheuse traditionnelle F Agent de santé communautaire G Parent(e) / Ami(e) H Autre (précisez) X Personne Y	

Questionnaires

MN18	<p>OU AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) ? Insistez pour obtenir le type d'endroit. Si vous ne pouvez déterminer si l'endroit est un établissement public ou privé, inscrivez le nom de l'endroit.</p> <p>_____</p> <p>(Nom de l'endroit)</p>	<p>Domicile Votre domicile..... 11 Autre domicile 12</p> <p>Secteur public Hôpital du Gouvernement..... 21 Clinique / Centre de santé du Gouv..... 22 Poste de santé du Gouv. 23 Autre public (précisez) _____ 26</p> <p>Secteur médical privé Hôpital privé..... 31 Clinique privée..... 32 Maternité privée..... 33 Autre privé médical (précisez) _____ 36 Autre (précisez) _____ 96</p>	<p>11⇒MN19D 12⇒MN19D 96⇒MN20</p>
MN19	<p>AVEZ-VOUS ACCOUCHE DE (nom) PAR CESARIENNE, C'EST-A-DIRE EST-CE QU'ON VOUS A OUVERT LE VENTRE POUR SORTIR LE BEBE?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2</p>	
MN20	<p>QUAND (nom) EST NE(E), ETAIT-IL/ELLE: TRES GROS, PLUS GROS QUE LA MOYENNE, MOYEN, PLUS PETIT QUE LA MOYENNE, OU TRES PETIT?</p>	<p>Très gros..... 1 Plus gros que la moyenne 2 Moyen 3 Plus petit que la moyenne 4 Très petit..... 5 NSP..... 8</p>	
MN21	<p>(nom) A-T-IL /ELLE ETE PESE (E) A LA NAISSANCE?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8</p>	<p>2⇒MN23 8⇒MN23</p>
MN22	<p>COMBIEN (nom) PESAIT-IL/ELLE? Enregistrez le poids du carnet de santé, s'il est disponible.</p>	<p>Du carnet de santé .. 1 (kg) ___ . ___ ___ De mémoire..... 2 (kg) ___ . ___ ___ NSP..... 99998</p>	
MN23	<p>EST-CE-QUE VOS REGLES SONT REVENUES DEPUIS LA NAISSANCE DE (nom)?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2</p>	
MN24	<p>AVEZ-VOUS ALLAITE (nom)?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>
MN25	<p>COMBIEN DE TEMPS APRES LA NAISSANCE AVEZ-VOUS MIS (nom) AU SEIN POUR LA PREMIERE FOIS? Si moins d'1 heure, notez '00' heure. Si moins de 24 heures, notez en heures. Autrement, notez en jours</p>	<p>Immédiatement..... 0 ___ Heures..... 1 ___ Jours 2 ___ Ne sait pas/ Ne se rappelle pas 998</p>	
MN26	<p>DANS LES 3 JOURS QUI ONT SUIVI L'ACCOUCHEMENT, EST-CE QUE (nom) A BU AUTRE CHOSE QUE DU LAIT MATERNEL?</p>	<p>Oui..... 1 Non 2</p>	<p>2⇒ Module suivant</p>
MN27	<p>QU'A-T-ON DONNE A BOIRE A (nom)? Insistez: RIEN D'AUTRE?</p>	<p>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 (précisez)..... X</p>	

SYMPTÔMES DE MALADIES

IS

IS1	Vérifiez la feuille d'enregistrement du ménage HL9 L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne qui prend soin d'un enfant de moins de cinq ans? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuez avec IS2. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Allez 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 MENER IMMEDIATEMENT VOTRE ENFANT DANS UN ETABLISSEMENT DE SANTE? Insistez: AUCUN AUTRE SYMPTOME? Insistez pour autres signes ou symptômes jusqu'à ce que la mère ou gardienne ne se souvienne plus d'autre signes ou symptômes. Encerclez tous les symptômes mentionnés, mais ne suggérez PAS de réponses	Enfant incapable de boire ou de téter....A État de l'enfant s'aggrave..... B Enfant devient fiévreuxC Enfant respire rapidement..... D Enfant a des difficultés pour respirer ...E Enfant a du sang dans les sellesF Enfant boit difficilement..... G Autre (précisez)..... X Autre (précisez)..... Y Autre (précisez)..... Z

CONTRACEPTION

CP

CP1	JE VOUDRAIS VOUS PARLER D'UN AUTRE SUJET – LA PLANIFICATION FAMILIALE. ÊTES-VOUS ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui, actuellement enceinte1 Non2 Pas sûre ou NSP8	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 mentionnée, encerclez chaque méthode.	Stérilisation féminine..... A Stérilisation masculine..... B DIU.....C Injections..... D ImplantsE 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 (précisez)..... X	

Questionnaires

BESOINS NON SATISFAITS

UN

UN1	Vérifier CP1. Actuellement enceinte? <input type="checkbox"/> Oui, actuellement enceinte ⇒ Continuer avec UN2 <input type="checkbox"/> 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 AUTRE ENFANT OU PREFERERIEZ-VOUS NE PLUS AVOIR D'ENFANTS DU TOUT?	Avoir un autre enfant..... 1 Pas d'autre enfant 2 Indécise / Ne Sait Pas..... 8	1⇒UN7 2⇒UN13 8⇒UN13
UN5	Vérifier CP3. Utilise la stérilisation féminine? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à 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 enceinte..... 3 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..... 993 Dit qu'elle ne peut pas tomber enceinte..... 994 Après le mariage..... 995 Autre..... 996 NSP 998	994⇒UN11
UN8	Vérifier CP1. Actuellement enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui, Actuellement enceinte⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non, pas sure ou NSP ⇒ Continuer avec UN9		
UN9	Vérifier CP2. Utilise une méthode actuellement ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Aller à UN13 <input type="checkbox"/> Non ⇒ Continuer avec UN10		
UN10	PENSEZ-VOUS QUE VOUS ETES PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE EN CE MOMENT?	Oui..... 1 Non 2 NSP 8	1 ⇒UN13 8 ⇒UN13
UN11	POURQUOI PENSEZ-VOUS QUE VOUS N'ETES PAS PHYSIQUEMENT CAPABLE DE TOMBER ENCEINTE?	Pas de rapports sexuels/Rapports peu fréquents A Ménopause B N'a jamais eu de règles C Hystérectomie (utérus enlevé) D Essaye d'être enceinte depuis 2 ans ou plus sans succès..... E Est en aménorrhée postpartum F 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?	Jours1 ___
		Semaines.....2 ___
		Mois.....3 ___
		Années.....4 ___
		Ménopausée /
		A eu une hystérectomie.....994
		Avant la dernière naissance995
		N'a jamais eu de règles996

(inscrivez la date, si elle est donnée)

MUTILATIONS GÉNITALES FÉMININES/EXCISION

FG

FG1	AVEZ-VOUS DEJA ENTENDU PARLER DE L'EXCISION?	Oui.....1 1⇒FG3 Non2
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⇒Module suivant
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 1⇒ FG6 Non.....2 NSP.....8
FG5	VOUS A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE LES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER?	Oui.....1 Non2 NSP.....8
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 NSP.....8
FG7	QUEL AGE AVIEZ-VOUS QUAND ON VOUS A EXCISEE? Si l'enquêtée ne sait pas, insister pour avoir une estimation.	Durant la petite enfance 00 Age à l'excision ___ ___ NSP / Ne se souvient plus / Pas sûre. 98
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	Vérifiez CM5 et CM7, dans le Module sur la Mortalité des Enfants : La femme a-t-elle une fille vivante ? <input type="checkbox"/> Oui. ⇒ Continuer avec FG10 <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Aller à FG17	
FG10	EST-CE QUE CERTAINES DE VOS FILLES ONT ETE EXCISEES ? Si Oui: COMBIEN ?	Nombre de filles excisées ___ ___ 00⇒ FG17 Aucune fille excisée00
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 1⇒ FG14 Non.....2 NSP.....8
FG13	LUI A-T-ON SEULEMENT ENTAILLE SES PARTIES GENITALES SANS RIEN ENLEVER ?	Oui.....1 Non2 NSP.....8

Questionnaires

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 ?	Maintenue 1 Disparaître 2 Cela dépend 3 NSP 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..... NSP98
MA3	EN PLUS DE VOUS-MEME, EST-CE QUE VOTRE MARI/ PARTENAIRE A D'AUTRES EPOUSES/ FEMMES OU VIT-IL AVEC D'AUTRES FEMMES COMME S'IL ETAIT MARIE?	Oui..... 1 Non2 2⇒MA7 NSP8 8⇒MA7
MA4	COMBIEN D'AUTRES FEMMES OU PARTENAIRES A-T-IL?	Nombre ⇒MA7 NSP98 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
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..... ⇒Module suivant NSP année 9998
MA9	QUEL AGE AVIEZ-VOUS LORSQUE VOUS AVEZ COMMENCE A VIVRE AVEC VOTRE PREMIER MARI/PARTENAIRE?	Âge en années.....

ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA VIOLENCE DOMESTIQUE

DV

DV0A.	<p>Vérifiez la présence d'autres personnes, avant de continuer l'interview. Faites tout votre possible pour vous trouver en privé avec l'enquêtée?</p> <p>Autre(s) personne(s) présente(s)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui (impossible d'être en privé) ⇒ Allez à SB1 (module suivant)</p> <p><input type="checkbox"/> NON (privé obtenu) ⇒ continuez avec DV0B</p>			
DV0B.	<p>Lire à toutes les enquêtées:</p> <p>MAINTENANT, JE VOUDRAIS VOUS POSER QUELQUES QUESTIONS A PROPOS DE CERTAINS ASPECTS DES RELATIONS A L'INTERIEUR DU COUPLE. JE SAIS QUE CERTAINES DE CES QUESTIONS SONT TRES PERSONNELLES. CEPENDANT, VOS REPONSES SONT TRES IMPORTANTES POUR NOUS AIDER A COMPRENDRE LA SITUATION DES FEMMES DU TCHAD. JE VOUS GARANTIS QUE VOS REPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES ET NE SERONT REPETEES A PERSONNE. SI QUELQU'UN ARRIVAIT PENDANT QUE NOUS DISCUTONS, NOUS PASSERONS A UN AUTRE SUJET.</p>			
DV1.	<p>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:</p>	<p>Oui Non NSP</p>		
	[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 ARGUMENTE AVEC LUI?	Argumente.....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
DV1F.	<p>Vérifiez MA1 et MA5</p> <p><input type="checkbox"/> actuellement mariée ou vit avec un homme (MA1= '1' ou '2') ou a été mariée ou a vécu avec un homme (MA5= '1' ou '2'): ⇒ Continuez avec DV2</p> <p><input type="checkbox"/> Célibataire (MA1= '3' et MA5='3', ⇒ Allez au Module suivant</p>			
DV2.	<p>QUAND DEUX PERSONNES SONT MARIEES OU VIVENT ENSEMBLE, ELLES PARTAGENT DE BONS ET MAUVAIS MOMENTS. DANS VOS RAPPORTS AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRES EST-CE QUE LES FAITS SUIVANTS (SE PRODUISENT/SE PRODUISAIENT) FREQUEM-MENT OU JAMAIS?</p>	<p>Oui Non NSP</p>		
	[A] IL PASSE/PASSAIT HABITUELLEMENT SON TEMPS LIBRE AVEC VOUS?	Temps libre.....1	2	8
	[B] IL VOUS CONSULTE/CONSULTAIT AU SUJET DES DIFFERENTES QUESTIONS DU MENAGE?	Consulte.....1	2	8
	[C] IL EST/ETAIT AFFECTUEUX AVEC VOUS?	Affection.....1	2	8
	[D] IL VOUS RESPECTE/RESPECTAIT ET TIENT/TENAIT COMPTE DE VOS DESIRS?	Respecte.....1	2	8
DV3.	<p>MAINTENANT, JE VAIS VOUS POSER DES QUESTIONS A PROPOS DES SITUATIONS QUE LES FEMMES PEUVENT RENCONTRER ; S'IL VOUS PLAIT, DITES MOI SI LES FAITS SUIVANTS S'APPLIQUENT A VOS RELATIONS AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE?</p>	<p>Oui Non NSP</p>		
	[A] IL EST/ETAIT JALOUX OU EN COLERE SI VOUS PARLEZ/PARLIEZ A D'AUTRES HOMMES?	Jaloux.....1	2	8
	[B] IL VOUS ACCUSE/ACCUSAIT SOUVENT D'ETRE INFIDELE?	Accuse.....1	2	8
	[C] IL NE VOUS PERMET/PERMETTAIT PAS DE RENCONTRER VOS AMIES DE SEXE FEMININ?	Voir amies.....1	2	8
	[D] IL ESSAYE/ESSAYAIT DE LIMITER VOS CONTACTS AVEC VOTRE FAMILLE D'ORIGINE?	Visite famille.....1	2	8
	[E] IL INSISTE/INSISTAIT POUR SAVOIR OU VOS ETES/ETIEZ A TOUT MOMENT?	Où vous êtes.....1	2	8
	[F] IL NE VOUS FAIT/FAISAIT PAS CONFIANCE EN CE QUI CONCERNE L'ARGENT?	Argent.....1	2	8
	[G] IL VOUS EMPECHE D'EXERCER UN METIER OU IL N'EST PAS D'ACCORD POUR QUE VOUS TRAVAILLIEZ?	Métier.....1	2	8

Questionnaires

MAINTENANT, SI VOUS LE PERMETTEZ, JE VOUDRAIS VOUS POSER D'AUTRES QUESTIONS CONCERNANT VOS RELATIONS AVEC VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE:				
DV4. EST-CE QU'IL VOUS EST-IL DEJA ARRIVE QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE				
DV4A1.	VOUS DISE OU FASSE QUELQUE CHOSE POUR VOUS HUMILIER DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Oui...1⇒DV4A2 Non...2⇒DV4B1	DV4A2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4B1.	VOUS MENACE OU QUELQU'UN PROCHE DE VOUS?	Oui...1⇒DV4B2 Non...2⇒DV4C1	DV4B2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4C1.	VOUS BOUSCULE, SECOUE OU JETTE QUELQUE CHOSE CONTRE VOUS?	Oui...1⇒DV4C2 Non...2⇒DV4D1	DV4C2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4D1.	VOUS GIFLE OU VOUS TORD LE BRAS?	Oui...1⇒DV4D2 Non...2⇒DV4E1	DV4D2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4E1.	VOUS FRAPPE A COUP DE POING OU AVEC QUELQUE CHOSE QUI POUVAIT VOUS BLESSER?	Oui...1⇒DV4E2 Non...2⇒DV4BF1	DV4E2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4F1.	VOUS DONNE DES COUPS DE PIED OU VOUS TRAINA A TERRE?	Oui...1⇒DV4F2 Non...2⇒DV4G1	DV4F2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4G1.	ESSAYE DE VOUS ETRANGLER OU DE VOUS BRULER?	Oui...1⇒DV4G2 Non...2⇒DV4H1	DV4G2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4H1.	VOUS MENACE AVEC UN COUTEAU, PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	Oui...1⇒DV4H2 Non...2⇒DV4I1	DV4H2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4I1.	VOUS ATTAQUE AVEC UN COUTEAU, UN PISTOLET OU UN AUTRE TYPE D'ARME?	Oui...1⇒DV4I2 Non...2⇒DV4J1	DV4I2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4J1.	VOUS FORCE PHYSIQUEMENT A AVOIR DES RAPPORTS SEXUELS MEME QUAND VOUS NE VOULIEZ PAS?	Oui...1⇒DV4J2 Non...2⇒DV4K1	DV4J2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV4K1.	VOUS FORCE A PRATIQUER D'AUTRES ACTES SEXUELS QUE VOUS NE VOULIEZ PAS?	Oui...1⇒DV4K2 Non...2⇒DV5	DV4K2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV5. EST-CE QU'A LA SUITE D'UN COMPORTEMENT QUELCONQUE MAIS DELIBERE DE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE ENVERS VOUS, IL VOUS EST ARRIVE D'AVOIR UN DES PROBLEMES SUIVANTS				
DV5A1.	D'AVOIR DES HEMATOMES ET DES MEURTRISSURES?	Oui...1⇒DV5A2 Non...2⇒DV5B1	DV5A2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV5B1.	D'AVOIR UNE BLESSURE, UNE FRACTURE OU UNE ENTORSE?	Oui...1⇒DV5B2 Non...2⇒DV5C1	DV5B2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV5C1.	D'ETRE ALLEE CHEZ LE DOCTEUR OU DANS UN CENTRE DE SANTE A CAUSE DE QUELQUE CHOSE QUE VOTRE (DERNIER) MARI/PARTENAIRE VOUS AVAIT FAIT?	Oui...1⇒DV5C2 Non...2⇒DV6	DV5C2	Nombre de fois Si veuve/divorcée/séparée.....95
DV6.	EST-CE QUE VOUS AVEZ DEJA DIT OU FAIT QUELQUE CHOSE POUR HUMILIER OU MENACER VOTRE (DERNIERS) MARI/PARTENAIRE DEVANT D'AUTRES PERSONNES?	Oui.....1 Non.....2		

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 sexuels00 Age en années ___ __ 1ère fois en commençant à vivre avec (1 ^{er}) 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 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 ... semaines..... 2 ___ __ Il y a ... mois..... 3 ___ __ 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 Non 2	
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 01 ou 02 ou 03 ou 04. Si 'Non', encerclez 05.	Epoux01 Partenaire cohabitant.....02 Ex-époux03 Ex-partenaire cohabitant.....04 Petit ami / fiancé.....05 Rencontre occasionnelle06 Travailleur(se) du sexe07 Autre (précisez).....96	1⇒SB7 2⇒SB7
SB6.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE?	Age du partenaire sexuel ___ __ NSP98	
SB7.	AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC UNE AUTRE PERSONNE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	Oui 1 Non..... 2	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 Non..... 2	
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 01 ou 02 ou 03 ou 04. Si 'Non', encerclez 05.	Epoux01 Partenaire cohabitant.....02 Ex-époux03 Ex-partenaire cohabitant.....04 Petit ami / fiancé.....05 Rencontre occasionnelle06 Travailleur(se) du sexe07 Autre (précisez).....96	1⇒SB11 2⇒SB11
SB10.	QUEL AGE A CETTE PERSONNE? Si NSP, insistez: ENVIRON QUEL AGE A CETTE PERSONNE?	Age du partenaire sexuel ___ __ NSP98	
SB11.	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⇒SB13
SB12.	EN TOUT, AVEC COMBIEN DE PERSONNES DIFFERENTES AVEZ-VOUS EU DES RAPPORTS SEXUELS AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS?	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	

Questionnaires

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⇒FI1																
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 -PIQUES 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 SIDA?	Oui..... 1 Non..... 2 NSP..... 8																
HA7	EST-IL POSSIBLE QU'UNE PERSONNE PARRAISANT 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?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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 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 OU NON?	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	Vérifiez CM13: 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 Non..... 2 NSP..... 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 2⇒HA19 NSP..... 8 8⇒HA19																
HA17	JE NE VEUX PAS CONNAITRE LES RESULTATS MAIS AVEZ-VOUS OBTENU LES RESULTATS DU TEST?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒HA22 NSP..... 8 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 1⇒HA22 Non..... 2 2⇒HA22 NSP..... 8 8⇒HA22
HA19	Vérifiez MN17: 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 1⇒HA25 Non..... 2
HA23	QUAND AVEZ-VOUS EFFECTUE LE TEST DU POUR LE VIRUS DU SIDA POUR LA DERNIERE FOIS?	Il y a moins de 12 mois 1 1⇒FI1 Il y a 12-23 mois 2 2⇒FI1 Il y a 2 ans ou plus..... 3 3⇒FI1
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 1⇒FI1 Non..... 2 2⇒FI1 NSP..... 8 8⇒FI1
HA27	CONNAISSEZ-VOUS UN ENDROIT OU LES GENS PEUVENT SE RENDRE POUR EFFECTUER LE TEST DU VIRUS DU SIDA?	Oui..... 1 Non..... 2

FISTULES

FI

FI1.	CONNAISSEZ-VOUS UNE MALADIE APPELE FISTULE C'EST-A DIRE LA MALADIE DE L'URINE?	Oui..... 1 Non..... 2 2⇒WM11
FI2.	QUELLES SONT SELON VOUS, LES CAUSES DE CETTE MALADIE?	Sorcellerie ou envoûtement mystique A Mauvais sort/Fatalité..... B Trop jeune pour accoucher..... C Trop vieille pour accoucher D Trop maigre pour supporter une grossesse E Trop d'accouchements successifs F Maladies fréquentes durant la grossesse..... G Accouchement d'un gros bébé H Accouchement à domicile sans Assistance médicale..... I Volonté de Dieu J Autre (précisez) X NSP Z
FI3.	QUELLES SONT LES MANIFESTATIONS DE CETTE MALADIE?	Maigrissement continu..... A Perte involontaire des urines..... B Perte involontaire des selles..... C Perte involontaire des urines et des selles D Constamment mouillées..... E Odeurs nauséabondes F Infirmité locomotrice relative..... G Autre (précisez) X NSP Z

Questionnaires

FI4.	PEUT-ON SOIGNER CETTE MALADIE ET EN GUERIR?	Oui..... 1 Non 2 NSP..... 8
FI5.	AVEZ-VOUS DEJA SOUFFERT OU SOUFFREZ-VOUS ACTUELLEMENT DE CETTE MALADIE?	Oui..... 1 Non 2 2⇒WM11
FI6.	VOUS ETES DEJA FAIT SOIGNE POUR CETTE MALADIE? Si Oui, demander : OU VOUS ETES-VOUS FAIT SOIGNE?	Centre de santé A Maternité..... B Hôpital..... C Clinique privée..... D Autre structure médicale (précisez)..... E Soins traditionnels au village..... F Aucun traitement Y
FI7.	CONNAISSEZ-VOUS LES (AUTRES) FEMMES QUI SOUFFRENT OU QUI ONT SOUFFERT DE LA FISTULE?	Oui..... 1 Non 2 2⇒WM11
FI8	Si oui, COMBIEN DE FEMMES?	Nombre de femmes _ _
WM11	Enregistrez l'heure	Heure et minutes..... _ _ : _ _
WM12	L'enquêtée est-elle la mère ou la gardienne 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 enquêtée. <input type="checkbox"/> Non. ⇒ Terminez l'interview avec cette enquêtée 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.	
Observations de l'enquêtrice:		
Observations de la contrôlease:		
Observations du chef d'équipe:		