

## Questionnaire individuel 2 : Adultes de 15 ans et plus

### 1. État de santé

Q00. Bras gauche \_\_\_\_\_ Bras droit \_\_\_\_\_

Q0. Première mesure de la tension artérielle en mm Hg (trois prises) :

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_

|   |               |          |            |             |                  |
|---|---------------|----------|------------|-------------|------------------|
| Q1. En général, comment considérez-vous votre santé aujourd'hui ? | 1. Très bonne | 2. Bonne | 3. Moyenne | 4. Mauvaise | 5. Très mauvaise |
|---|---------------|----------|------------|-------------|------------------|

Q2. Avez-vous une maladie ou un problème de santé de longue date ? [Par longue date, je veux dire que ce sont des maladies ou des problèmes de santé qui ont duré pendant 6 mois ou d'avantage] / \_\_/

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Refus

Q3. Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous avez une des maladies suivantes (lire la liste) (au cours de votre vie)?

|   |  |  |
|---|--|--|
| A | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez une haute tension artérielle ou souffriez d'hypertension ?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| B | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez de diabète, c'est-à-dire, d'un niveau élevé de sucre dans le sang ?  | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| C | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'un cancer ou d'une tumeur maligne, en excluant les tumeurs bénignes ?  | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| D | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'une maladie pulmonaire chronique comme la bronchite chronique, l'emphysème ou l'asthme ?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| E | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez eu une attaque cardiaque, maladie coronarienne, souffriez d'angine de poitrine ou d'insuffisance cardiaque congestive, ou encore d'autres problèmes cardiaques ? | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| F | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous aviez souffert d'une embolie cérébrale, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une attaque cérébrale ou d'une thrombose?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| G | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'arthrite, de rhumatismes ou  | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non   |

|   |   |  |
|---|---|--|
|   | d'arthrose?   | 3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus   |
| H | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez de sida?  | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| I | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'épilepsie ?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| J | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez de goutte ?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| K | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'ulcère de l'estomac ?   | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| L | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez de tuberculose ?  | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |
| M | Est-ce qu'un médecin ou une infirmière vous a déjà dit que vous souffriez d'une autre maladie (pas mentionnée ci-haut ?) Laquelle : _____ | 1 <input type="checkbox"/> Oui<br>2 <input type="checkbox"/> Non<br>3 <input type="checkbox"/> Ne sait pas<br>4 <input type="checkbox"/> Refus |

Q4. Pendant la plus grande partie des 15 premières années de votre vie, diriez-vous que votre santé était excellente, bonne ou mauvaise ?

1. Excellente
2. Bonne
3. Mauvaise
4. Ne sait pas
5. Refus

Q5. Durant les premières 15 années de votre vie, avez-vous dû rester couché pour un mois ou plus pour raisons de santé ?

1. Oui
2. Non
3. NSP
4. Refus

Q6. Durant les 15 premières années de votre vie, diriez-vous qu'il a eu un temps où vous ne mangiez pas assez et aviez faim ?

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas
4. Refus

## 2. Limitations

Q7. Avez-vous de la difficulté à voir, même en portant des verres ? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

Q8. Avez-vous de la difficulté à entendre, même en utilisant une aide auditive? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

Q9. Avez-vous de la difficulté à marcher ou à escalader les marches? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

Q10. Avez-vous de la difficulté à vous rappeler ou à vous concentrer ? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

Q11. Avez-vous de la difficulté (à faire de par vous-même des soins corporels tels que) à vous laver entièrement ou à vous habiller ? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

Q12. Utilisant votre langage habituel (coutumier), avez-vous de la difficulté à communiquer (par exemple comprendre ou être compris par les autres)? / \_\_/

1. Non, aucune difficulté
2. Oui, avec quelque difficulté
3. Oui, avec beaucoup de difficulté
4. Ne peut pas le faire du tout

## 3. Accidents et violence

Q13. Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu un ou plusieurs accidents qui ont amené à consulter un médecin, un infirmier, un service de santé ?

1. Oui Combien ? \_\_\_\_\_
2. Non
3. NSP
4. Refus

*Si non, NSP ou refus => Q20*

Q14. Dans quelles circonstances cet accident ou ces accidents se sont-ils produits ? (*à poser pour chaque accident cité, en commençant par le plus récent*)

- a. Sur la voie publique (rue, trottoir, bord de route...) O/N/NSP
- b. À l'école (en classe, dans la cour de récré, atelier, gym...) O/N/NSP
- c. À la maison (concession, maison, jardin, cour...) O/N/NSP
- d. Au travail (usine, chantier, bureau...) O/N/NSP
- e. Au travail dans les champs O/N/NSP
- f. En faisant un sport (dans un club, sur un terrain de sport...) O/N/NSP
- g. Dans un lieu « public » (maquis, poste, marché, puits public...) O/N/NSP
- h. Autre lieu O/N/NSP
- i. Refus

*Les questions Q15 à Q19 sont à poser seulement pour l'accident le plus récent.*

Q15. Qu'est-ce qui est à l'origine de cet accident ?

- a. Chute d'une hauteur (échelle, toit, arbre, cheval...)
- b. Chute, trébuchement sur le sol
- c. Collision (avec une autre personne, un objet, une voiture...)
- d. Reçu un coup (de poing, de pied...)
- e. Contact avec un objet tranchant ou piquant
- f. Contact avec quelque chose de brûlant (liquide, flamme...)
- g. Morsure par un animal (chien, âne, serpent, chameau...)
- h. Ingestion (ou inhalation) de produits toxiques
- i. Ingestion de médicaments
- j. Autre
- k. NSP
- l. Refus

Q16. Quelles ont été les conséquences de cet accident pour vous ? *Plusieurs réponses possibles*

- a. Fracture (os cassé)
- b. Entorse, foulure, déchirure.
- c. Contusion
- d. Traumatisme cérébral, commotion
- e. Plaie
- f. Brûlure
- g. Intoxication, empoisonnement
- i. Suffocation, étouffement
- j. Autre
- k. NSP
- l. Refus

Q17. Qui vous a soigné ?

- a. Médecin O/N/NSP
- b. Infirmier O/N/NSP
- c. Chirurgien O/N/NSP
- e. Autre O/N/NSP
- f. Refus

- Q18. Qu'est-ce qu'on vous a fait ?
- a. Pansement sans suture O/N/NSP
  - b. Points de suture O/N/NSP
  - c. Plâtre - O/N/NSP
  - d. Opération chirurgicale O/N/NSP
  - e. Autre O/N/NSP
  - f. Refus

Q19. Est-ce que vous avez dû rester à l'hôpital pour passer une nuit ?

- 1. Oui
- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

Q20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été victime de violence physique (coups, abus sexuels, coup avec arme à feu, coup avec arme blanche, ...) ?

- 1. Oui Combien de fois ?
  - a. Une fois
  - b. Deux fois
  - c. Plus de deux fois
  - d. NSP

- 2. Non
- 3. Ne sait pas
- 4. Refus

*Si Non ou NSP ou refus, => section 4*

Q21. Ces violences physiques ont-elles entraîné des blessures pour lesquelles il a été nécessaire de recevoir un traitement médical ?

- 1. Oui Combien de fois ?
  - a. Une fois
  - b. Deux fois
  - c. Plus de deux fois
  - d. NSP

- 2. Non
- 3. NSP
- 4. Refus

Q22. Pour chaque acte de violence dont vous avez été victime au cours des 12 mois passés, pouvez-vous décrire les actes de violence dont il s'agit ? *Commencer par le plus récent, plusieurs réponses possibles*

| Acte de violence | Poussé, bousculé, griffé | Coup de pied, de poing | Coup avec arme blanche | Coup avec arme à feu | Agression sexuelle | Autre      | NSP | Refus |
|------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|--------------------|------------|-----|-------|
| 1                | Oui<br>Non               | Oui<br>Non             | Oui<br>Non             | Oui<br>Non           | Oui<br>Non         | Oui<br>Non |     |       |
| 2                |                          |                        |                        |                      |                    |            |     |       |
| 3                |                          |                        |                        |                      |                    |            |     |       |
|                  |                          |                        |                        |                      |                    |            |     |       |

Q23. Pour chaque acte de violence dont vous avez été victime au cours des 12 mois passés, pouvez-vous préciser le lieu de survenue ? *Commencer par le plus récent, cocher le lieu*

| Acte de violence | Maison | Travail | École | Voie publique | Lieu public | Autre lieu | NSP | Refus |
|------------------|--------|---------|-------|---------------|-------------|------------|-----|-------|
| 1                |        |         |       |               |             |            |     |       |
| 2                |        |         |       |               |             |            |     |       |
| 3                |        |         |       |               |             |            |     |       |
|                  |        |         |       |               |             |            |     |       |

Q24. Pour chaque acte de violence dont vous avez été victime au cours des 12 mois passés, pouvez-vous préciser combien de personnes étaient à l'origine de l'agression ?

| Acte de violence | Une | Deux | Un groupe | NSP | Refus |
|------------------|-----|------|-----------|-----|-------|
| 1                |     |      |           |     |       |
| 2                |     |      |           |     |       |
| 3                |     |      |           |     |       |
|                  |     |      |           |     |       |

Q25. Pour chaque acte de violence dont vous avez été victime au cours des 12 mois passés, connaissez-vous la /les personnes qui étai(en)t à l'origine de l'agression ?

| Acte de violence | Oui | Non | NSP | Refus |
|------------------|-----|-----|-----|-------|
| 1                |     |     |     |       |
| 2                |     |     |     |       |
| 3                |     |     |     |       |
|                  |     |     |     |       |

#### 4. Dépression

Q26. Langue de l'entretien

1. Français
2. Moré
3. Autre

*Si « autre », passez à la section suivante*

*Lire mot à mot les questions de la section « dépression » en se rapportant au questionnaire papier et à la traduction en moré fournie.*

Q27. Vous êtes vous senti(e) déprimé(e), par exemple, triste ou vide, pratiquement toute la journée, et ce, presque tous les jours au cours des deux dernières semaines ?

1. Oui
2. Non

Q28. Durant ces deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de d'avoir perdu de l'intérêt ou du plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?

1. Oui
2. Non

*FILTRE : Si la personne a répondu oui à au moins une des deux questions ci-dessus, poursuivez le questionnaire, sinon allez au module suivant*

Q29. Votre appétit a-t-il notablement changé ou avez-vous pris ou perdu du poids sans en avoir l'intention ?

1. Oui
2. Non

Q30. Aviez-vous des problèmes de sommeil (endormissement, réveils nocturnes ou précoces, hypersomnie) presque toutes les nuits ?

1. Oui
2. Non

Q31. Parliez-vous ou vous déplaciez-vous plus lentement que d'habitude, ou au contraire vous sentiez-vous agité(e) et aviez-vous du mal à rester en place ?

1. Oui
2. Non

Q32. Vous sentiez vous presque tout le temps fatigué(e), sans énergie ?

1. Oui
2. Non

Q33. Vous sentiez-vous presque tout le temps sans valeur ou coupable ?

1. Oui
2. Non

Q34. Aviez-vous du mal à réfléchir, à vous concentrer ou à prendre des décisions ?

1. Oui
2. Non

Q35. Avez-vous eu à plusieurs reprises des idées noires, comme penser qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e), ou avez-vous pensé à vous faire du mal ?

1. Oui
2. Non

*FILTRE : si la personne a répondu oui à au moins cinq des questions Q29 à Q35 (sachant qu'il a répondu oui à au moins une des questions Q29 et Q30), passer à Q36, sinon question suivante.*

Q36. Cette période a-t-elle fait suite à un événement marquant ?

1. Oui
2. Non

Si oui, lequel ? \_\_\_\_\_

Date de l'événement ?

## **5. Activité physique, nutrition, alcool, tabac**

Q37. Durant les 7 derniers jours, combien de jours avez-vous eu des activités physiques (travail physique vigoureux, vélo, marche pendant au moins 10 mn) ?

└─┘ Jours dans la semaine

*Si 0, passez à Q39*

Q38. Durant les 7 derniers jours, pendant combien de temps avez-vous généralement fait des activités physiques (travail physique vigoureux, vélo, marche pendant au moins 10 min) au cours d'une de ces journées?

\_\_\_ heures \_\_\_ minutes

Q39. Durant les 7 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé des fruits (banane, mangue, papaye, pastèque, etc.) ?

1. Deux fois ou plus par jour
2. Une fois par jour
3. Moins qu'une fois par jour mais au moins 4 fois par semaine
4. Moins de 4 fois par une semaine, mais au moins une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine
6. Jamais
7. NSP
8. Refus

Q40. Durant les 7 derniers jours, combien de fois avez-vous mangé des légumes ? /\_\_/

1. Deux fois ou plus par jour
2. Une fois par jour
3. Moins qu'une fois par jour mais au moins 4 fois par semaine
4. Moins de 4 fois par une semaine, mais au moins une fois par semaine
5. Moins d'une fois par semaine
6. Jamais
7. NSP
8. Refus

Q41. Durant la semaine, combien de fois avez-vous mangé de la viande (brochettes, poulets, porc au four, etc.) ? /\_\_/

Q42. Fumez-vous actuellement ? /\_\_/

1. Oui, quotidiennement
2. Oui, occasionnellement
3. Pas du tout

*Si réponse 2 ou 3, passer à la question Q45*

Q43. Avez-vous fumé (des cigarettes, des cigares, des pipes) quotidiennement, ou presque quotidiennement, pendant au moins une année ? /\_\_/

1. Oui
2. Non

Q44. Pendant combien d'années avez vous fumé quotidiennement ? Compter toutes les périodes séparées du tabagisme quotidiennement. Si vous ne vous rappelez pas le nombre exact d'années, donner s'il vous plaît une estimation.

\_\_\_ années

Q45. Durant les 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé une boisson alcoolisée (c'est-à-dire bière, vin, spiritueux, liqueurs, dolo ou d'autres boissons alcoolisées)?

1. Jamais (*aller à la section 6*)



2. Mensuellement ou moins (*aller à la section 6*)
3. 2 à 4 fois par mois (*aller à la section 6*)
4. 2 à 3 fois par semaine
5. 4 ou 6 fois par semaine
6. Journalier

Q46. Quel genre de boisson alcoolisée avez-vous bu au cours des sept derniers jours ?  
*Plusieurs réponses sont possibles*

1. Dolo
2. Bière
3. Liqueur
4. Vin
5. Apéritif

Q47. Au cours des 7 derniers jours, combien de boissons contenant de l'alcool avez-vous pris chaque jour ? *Sommer les doses d'alcool*

Lundi        /\_/\_/\_/  
Mardi        /\_/\_/\_/  
Mercredi    /\_/\_/\_/  
Jeudi        /\_/\_/\_/  
Vendredi    /\_/\_/\_/  
Samedi      /\_/\_/\_/  
Dimanche   /\_/\_/\_/

Q48. Durant les 12 derniers mois, combien de fois avez vous consommé 6 boissons ou plus en une occasion ? /\_/\_/ *Il s'agit de 6 doses d'alcool*

1. Jamais
2. Moins d'une fois par mois
3. Mensuellement
4. Hebdomadairement
5. Quotidien ou presque quotidiennement

## 6. Accès aux soins

Q49. Avez-vous eu un problème de santé durant les 30 derniers jours ? /\_/\_/

1. Oui
2. Non
3. Ne sait pas

*Si non ou NSP, aller à la section suivante*

Q50. Par rapport au (dernier) problème survenu au cours des 30 derniers jours, avez-vous consulté une structure de soins ?

1. Oui
2. Non

*Si oui, passez à Q53*

Q51. Si non, pour quelles raisons ? (*plusieurs raisons possibles, ne pas lire la liste des questions mais coder les réponses des répondants*)

- a. Le problème n'était pas si grave /\_/\_/

- b. Le problème est passé tout seul /\_\_/
- c. Les établissements de soins sont trop éloignés /\_\_/
- d. On ne soigne pas bien cette maladie dans les dispensaires /\_\_/
- e. J'ai renoncé aux soins pour raisons financières /\_\_/
- f. Ce type de symptômes est généralement soigné par la médecine traditionnelle /\_\_/
- g. Je ne connais pas d'établissement soignant cette maladie /\_\_/
- h. J'ai eu peur d'aller me faire soigner /\_\_/
- i. Le personnel des structures n'est pas gentil avec les malades /\_\_/
- j. Les soins dispensés ne sont pas de bonne qualité /\_\_/
- k. J'avais un médicament à la maison ou j'ai demandé à un proche de m'en donner /\_\_/
- l. Autre /\_\_/
- m. NSP

Q52. S'il n'y a pas eu de consultation, avez-vous quand même pris des médicaments et combien cela vous a-t-il coûté ?

1. Oui (*plusieurs réponses possibles*)
  - a. Traditionnels (plantes, poudres, tisanes...) /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
  - b. Modernes auprès des vendeurs de rue /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
  - c. Modernes dans le dépôt pharmaceutique d'un établissement public /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
  - d. Modernes dans une pharmacie privée /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
  - e. Modernes disponibles à domicile (propre ou voisin) /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
  - f. Modernes ne connaît pas la provenance /\_\_/ **coût** /\_\_\_\_\_/ **F CFA**
2. Non
3. NSP

*Note : mettre 8888 si la personne se souvient auprès de qui il a obtenu ses produits, mais ne se souvient plus du coût*

*Passer à la section suivante*

Q53. Indiquez la *dernière* structure consultée lors de l'épisode morbide  
Cliquez dans la liste des structures

Q54. Pourquoi êtes-vous allé consulter à [nom de la structure] ? *Plusieurs réponses possibles, ne pas lire*

- a. C'est la plus proche de chez moi /\_\_/
- b. Les tarifs sont abordables /\_\_/
- c. Le personnel de la structure est gentil /\_\_/
- d. La structure est bien entretenue /\_\_/
- e. Je connais quelqu'un qui travaille dans cette structure /\_\_/
- f. Il y a des personnes qui parlent ma langue /\_\_/
- g. C'est ici que l'on soigne le mieux /\_\_/
- h. Sa bonne réputation /\_\_/
- i. Soins adaptés à mon mal /\_\_/
- j. La structure est adaptée pour les adultes de mon sexe et âge /\_\_/
- k. On se soigne habituellement dans cette structure /\_\_/
- l. Autre /\_\_/
- m. NSP

Q55. Combien les soins reçus à [nom de la structure] vous ont-ils coûté en totalité ? *Ne pas compter les frais liés à des consultations antérieures dans d'autres structures/personnes*

|  | Coût (en francs CFA) |
|--|----------------------|
| Consultation                                       |                      |
| Hospitalisation                                    |                      |
| Médicaments (achetés dans la structure)            |                      |
| Examens  |                      |
| N'a rien payé (aucun de ces quatre premiers items) |                      |
| Cadeaux aux agents                                 |                      |
| Transport (ambulance, transport privé, etc.)       |                      |
| Alimentation                                       |                      |
| Autre  |                      |

*Si n'a payé aucun des trois premiers items passer à la Q56, sinon passer à la Q57*

*Note : mettre 8888 si la personne se souvient avoir payé quelque chose pour un item donné, mais ne se souvient plus du montant*

Q56. Pour quelles raisons n'avez-vous pas payé la consultation/l'hospitalisation/les médicaments obtenus à la formation sanitaire ?

- Indigent, déclaré par l'action sociale / \_\_ /
- Je connais quelqu'un dans la formation sanitaire / \_\_ /
- Je ne sais pas pourquoi / \_\_ /
- Autre / \_\_ /

Q57. Avez-vous dû (aussi) acheter des produits prescrits lors du dernier épisode de soins à l'extérieur de la formation sanitaire ?

- Oui (*plusieurs réponses possibles*)
  - Auprès des vendeurs de rue / \_\_ / **coût** / \_\_\_\_\_ / **F CFA**
  - Dans un dépôt pharmaceutique d'un établissement public / \_\_ / **coût** / \_\_\_\_\_ / **F CFA**
  - Dans une pharmacie privée / \_\_ / **coût** / \_\_\_\_\_ / **F CFA**
  - Ne sait pas où les produits ont été achetés / \_\_ / **coût** / \_\_\_\_\_ / **F CFA**
- Non
- NSP

*Note : mettre 8888 si la personne ne se souvient pas du coût des médicaments (mais sait auprès de qui il l'a obtenu)*

Q58. Qui a donné l'argent pour payer les frais de cet épisode ? *Plusieurs contributeurs possibles, ne pas lire. Pour chaque contributeur cité, posez les questions a à e*

|  | a. Combien cette personne a (ces personnes ont-elles) contribué/payé ? CFA | b. Cette contribution provient-elle de la vente de biens/avoirs ? | c. Cette contribution doit-elle être remboursée ? oui/non<br><i>Si non, contributeur suivant</i> | d. Quand ? | e. Combien reste-t-il à rembourser ? CFA |
|--|--|---|--|------------|--|
| Répondant                                    |  | Oui/ non/ NSP   |  | Date       |  |
| Conjoint                                     |  |   |  |            |  |
| Chef de ménage (si ni répondant ni conjoint) |  |   |  |            |  |
| Père du chef de                              |  |   |  |            |  |

|                                 |  |  |  |  |  |
|---------------------------------|--|--|--|--|--|
| ménage                          |  |  |  |  |  |
| Mère du chef de ménage          |  |  |  |  |  |
| Autres : famille, amis, voisins |  |  |  |  |  |

*Note pour la question Q33a : mettre 8888 si la personne ne se souvient pas du montant versé ou donné*

*Note pour la question Q33 d : mettre 9999 lorsqu'il n'y a pas de date (on rembourse quand on peut), 8888 si le répondant sait qu'il y a une date mais ne peut pas s'en souvenir ou la donner.*

## 7. Ménopause

*Si le répondant est un homme, section suivante*

Q59. À quel âge avez-vous eu vos premières menstruations?

1. Pas encore de menstruation
2. Âge
3. NSP
4. Refus

Q60. Combien de fois avez vous été enceinte en tout ?

- Naissances vivantes \_\_\_\_\_ (nombre, 88 NSP, 99 refus)  
Mort-nés \_\_\_\_\_ (nombre, 88 NSP, 99 refus)  
Fausses couches \_\_\_\_\_ (nombre, 88 NSP, 99 refus)  
Avortements provoqués \_\_\_\_\_ (nombre, 88 NSP, 99 refus)

Q61. Avez-vous déjà connu la ménopause ou l'arrêt de vos règles depuis plus de 12 mois ?

1. Oui
2. Non
3. NSP
4. Refus

## 8. Mesures

Q62. Deuxième mesure de la tension artérielle en mm Hg (trois prises) :

a) \_\_\_\_\_ b) \_\_\_\_\_ c) \_\_\_\_\_

Q63. Poids en kilos

Q64. Taille en centimètres

Q65. Tour de taille en centimètres