

SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique, des Études Économiques et Démographiques (INSEED). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Tchad. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. L'entretien dure habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes dont les noms figurent sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN

↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire, technique secondaire, professionnel niveau secondaire, supérieur ou professionnel supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 TECHNIQUE SECONDAIRE 3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE 4 SUPÉRIEUR 5 PROFESSIONNEL SUPÉRIEUR 6	
106	Quelle est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? * SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE OU TECH. SEC. OU PROF. NIV. SEC. OU SUP. OU PROF. SUPÉR. <input type="checkbox"/>		→ 110

CODE POUR Q. 106

NIVEAU	1= PRIMAIRE	2= SECONDAIRE	3= TECHNIQUE SECONDAIRE	4= PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	5= SUPÉRIEUR	6=PROFESSIONNEL NIVEAU SUPÉRIEUR	8=NSP
	00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHEVÉE (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ À Q. 19).						
CLASSE	01=CP1	01=6 ^{ÈME}	01=1 ^{ÈRE} ANNÉE	01=6 ^{ÈME} OU 1 ^{ÈRE} ANNÉE	01=1 ^{ÈRE} ANNÉE	01=1 ^{ÈRE} ANNÉE	
	02=CP2	02=5 ^{ÈME}	02=2 ^{ÈME} ANNÉE	02=5 ^{ÈME} OU 2 ^{ÈME} ANNÉE	02=2 ^{ÈME} ANNÉE	02=2 ^{ÈME} ANNÉE	
	03=CE1	03=4 ^{ÈME}	03=3 ^{ÈME} ANNÉE	03=4 ^{ÈME} OU 3 ^{ÈME} ANNÉE	03=3 ^{ÈME} ANNÉE	03=3 ^{ÈME} ANNÉE	
	04=CE2	04=3 ^{ÈME}	04=4 ^{ÈME} ANNÉE	04=3 ^{ÈME} OU 4 ^{ÈME} ANNÉE	04=4 ^{ÈME} ANNÉE	04=4 ^{ÈME} ANNÉE	
	05=CM1	05=SECONDE	05=5 ^{ÈME} ANNÉE	05=SEC. OU 5 ^{ÈME} ANNÉE	05=5 ^{ÈME} ANNÉE	05=5 ^{ÈME} ANNÉE	
	06=CM2	06=1 ^{ÈRE}	06=6 ^{ÈME} ANNÉE	06=1 ^{ÈRE} OU 6 ^{ÈME} ANNÉE	06=6 ^{ÈME} ANNÉE	06=6 ^{ÈME} AN. OU +	
	98=NSP	07=TERMINALE	07=7 ^{ÈME} AN. OU +	07=TERM. OU 7 ^{ÈME} ANNÉE	07=7 ^{ÈME} AN. OU +	98=NSP	
		98=NSP	98=NSP	98=NSP	98=NSP	98=NSP	

SECTION 2 : REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226								

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{re}.
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ? INSCRIVEZ LE NOM. N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	SI EN VIE : INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00° SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	SI DÉCÉDÉ : Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI .. 1 NON 2	N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↙ NAISS. NON 2 NAISS. ↙ SUIVANTE
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA(LS) NAISSANCE(S) DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2			
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTEZ ET CORRIGEZ)								
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2009 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT ... 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> <input type="text"/> JAN. 2009 OU PLUS TARD ↓ DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2009		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2009, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2009 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2009 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
238	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? <u>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</u>	IL Y A JOURS 1 <table border="1" data-bbox="1247 153 1352 216"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y ASEMAINES ... 2 <table border="1" data-bbox="1247 216 1352 279"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y AMOIS 3 <table border="1" data-bbox="1247 279 1352 342"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> IL Y AANNÉES ... 4 <table border="1" data-bbox="1247 342 1352 405"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996																	
239	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<table border="1" data-bbox="1377 653 1409 695"> <tr><td></td></tr> </table> → 301																
240	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8																	

SECTION 3 : CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
07	Condom masculin. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre dans les trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	
302	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 313
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 313

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
304	<p>Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?</p> <p>INSISTEZ: Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM MASCULIN G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>DIAPHRAGME I</p> <p>MOUSSE/GELÉE J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>MYCROGYNON 01</p> <p>MICROLUT 02</p> <p>LOFEMENAL 03</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE PLUS 01</p> <p>PRUDENCE 02</p> <p>LOVERS + 03</p> <p>PROMESSE 04</p> <p>MANIX 05</p> <p>KAMASUTRA 06</p> <p>SUPRATÉX 07</p> <p>SÉCURITÉ PLUS 08</p> <p>CADEAU 09</p> <p>DUEL 10</p> <p>AM13 MASCULIN 11</p> <p>SUPER DELUX 12</p> <p>CAREX 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ 11</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON ... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE 13</p> <p>POLYCLINIQUE 14</p> <p>PHARMACIE DE L'HÔPITAL/ CENTRE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ... 22</p> <p>ASTBEF 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 24</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE 25</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMIERE ... 26</p> <p>PHARMACIE/DEPOT PHARMA ... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 28 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS 31</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?		
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ? INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ANNÉE	→ 314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé de n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 324
314	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE EST ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM MASCULIN 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 317A → 326 → 315A → 326
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ 11 HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON ... 12 CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE 13 POLYCLINIQUE 14 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTE 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ? _____ (NOM DE L'ENDROIT) INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE/CABINET MÉDICAL 22 ASTBEF 23 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 24 CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE... 25 CABINET SOINS/INFIRMIERE 26 PHARMACIE/DÉPOT PHARMA. ... 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28 (PRÉCISEZ) SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS 31 AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ 41 SECOURISTE 42 VENDEUR AMBULANT 43 AMIS/VOISINS/PARENTS 44 NE SAIT PAS 98 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
316	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM MASCULIN 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
320	VÉRIFIEZ 317/317A : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  </div> </div> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM MASCULIN 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ 11</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON ... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE 13</p> <p>POLYCLINIQUE 14</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTE 15</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICAL 22</p> <p>ASTBEF 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 24</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE... 25</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMIERE 26</p> <p>PHARMACIE/DÉPOT PHARMA 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS 31</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ 41</p> <p>SECOURISTE 42</p> <p>VENDEUR AMBULANT 43</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS 44</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ A</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON . B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE C</p> <p>POLYCLINIQUE D</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ E</p> <p>AUTRE PUBLIC F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ... H</p> <p>ASTBEF I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ J</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE... K</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMIERE L</p> <p>PHARMACIE/DÉPOT PHARMA. ... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS O</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ P</p> <p>SECOURISTE Q</p> <p>VENDEUR AMBULANT R</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS S</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4 : GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 556		
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAIS.
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ <input type="checkbox"/> DÉ
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (PASSEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈR SAGE-FEMME . B AUTRE PERSONNEL DE SANTE MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE ... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL FORMÉE D AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL NON FORMÉE . E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____										
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>												
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98												
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98												
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>Avez-vous été pesée ? PESÉE 1 2</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ? TENSION ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ? URINE 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ? SANG ... 1 2</p>												
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8												
415	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS 8												
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421)		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS 8		
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ? MONTREZ COMPRIMÉS	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLERCLÉ ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE <input type="checkbox"/> 'B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez- vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE ENDROIT... 6		
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGIS- TREZ TOUT CE QUI EST MEN- TIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHE- MENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE SAGE-FEMME . B AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE ... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL FORMÉE D AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL NON FORMÉE . E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE SAGE-FEMME . B AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE ... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL FORMÉE D AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL NON FORMÉE . E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE SAGE-FEMME . B AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE ... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL FORMÉE D AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL NON FORMÉE . E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . F AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
434	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 448) ←</p>						
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>								
435	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>						
436	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2</p>								
437	<p>Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 442) ← </p>								
438	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ← </p>								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____														
439	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE SAGE-FEMME . 12</p> <p>AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ ... 13 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE 14</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE . 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . 22 SECOURISTE ... 23 GUERISSEUR ... 24</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																
440	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" data-bbox="771 919 863 968"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" data-bbox="771 968 863 1016"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="771 1016 863 1064"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>																
442	<p>Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8</p>																
443	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HRS APRES NAIS. .. 1 <table border="1" data-bbox="771 1333 863 1381"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JRS APRES NAIS. .. 2 <table border="1" data-bbox="771 1381 863 1430"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEM.APRES NAIS. .. 3 <table border="1" data-bbox="771 1430 863 1478"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
444	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE SAGE-FEMME . 12</p> <p>AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE ... 13 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE 14</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE . 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGEOISE . 22 SECOURISTE ... 23 GUERISSEUR ... 24</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>		
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON . 11 AUTRE MAISON . 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUVT. 22 POSTE DE SANTÉ GOUVT. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>		
446	<p>Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/ l'une de celles-ci) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES.</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>		
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 (PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON 2 (PASSEZ À 450) ←</p>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
450	VÉRIFIEZ 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 452)		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 455) ← NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)		
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 458) ←		
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE ... C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ..... E JUS DE FRUIT F LAIT EN POUVRE POUR BÉBÉ..... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2		
460	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)

SECTION 5 : VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2009 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).									
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/>						
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)						
504	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je la voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARTE 3						
505	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2						
506	(1) COPIEZ LES DATES DE LA CARTE (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.									
		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
		JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>
	POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>
	DTCoq1/PENTA 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP1	<input type="text"/>
	DTCoq2/PENTA 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP2	<input type="text"/>
	DTCoq3/PENTA 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	DP3	<input type="text"/>
	ROUGEOLE (VAR)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAR	<input type="text"/>
	FIEVRE JAUNE (VAA)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VAA	<input type="text"/>
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT A	<input type="text"/>
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À FIEVRE JAUNE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À FIEVRE JAUNE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	BCG À FIEVRE JAUNE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur la carte, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant-bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510E	Le vaccin du PENTA, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8
510F	Combien de fois le vaccin du PENTA a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole ou le VAR, c'est-à-dire une injection dans le bras gauche à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510H	Une Injection contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection faite au bras droite à partir de 9 mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS ... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CABINET SOINS/ INFIRMERIE ... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQUE ... L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CABINET SOINS/ INFIRMERIE ... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQUE ... L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CABINET SOINS/ INFIRMERIE ... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQUE ... L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL OU CODE PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL OU CODE PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL OU CODE PLUS EN CER- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
522	Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée : a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé ORASEL ou AMASEL ? b) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	OUI NON NSP SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITÉ... B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU..... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEI-NEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITÉ... B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU..... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEI-NEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE... A ANTIMOTILITÉ... B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU..... E INJECTION ANTIBIOTIQUE... F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEI-NEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre (corps chaud) à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CENTRE DE SANTE CABINET SOINS/ INFIRMERIE... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQUE ... L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CENTRE DE SANTE CABINET SOINS/ INFIRMERIE... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQUE ... L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/ MATERNITÉ... A HOP. MILITAIRE/ GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ/ DISPENSARE/IN- FIRM. MILIT... C POLYCLINIQUE ... D PHARMACIE DE L'HOPITAL ... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ ... G CLINIQUE / CABINET H CENTRE DE SANTÉ I CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE ... J CENTRE DE SANTE CABINET SOINS/ INFIRMERIE... K PHARMACIE/ DEPOT PHAR- MACEUTIQL . . L AUTRE MEDICAL PRIVE _____ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ CENTRE DE SANTÉ / HÔPIT. CONFESS./ COMMUNAU- TAIRE N</p> <p>AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/BAR/ MARCHÉ O PRATICIEN TRADITIONNEL P SECOURISTE ... Q AMIS/PARENT ... R</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 551A ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 551B ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 551B ← NE SAIT PAS 8
538	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . B AMODIAQUINE . . C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE . E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ . F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN . . . J IBUPROFEN K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . B AMODIAQUINE . . C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE . E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ . F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN . . . J IBUPROFEN K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR . . . A CHLOROQUINE . . B AMODIAQUINE . . C QUININE D COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE . E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ . F (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G INJECTION H AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE I ACETA-MINOPHEN . . . J IBUPROFEN K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLEZ À 551A	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLEZ À 551B	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ ALLEZ À 551B
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A' CODE 'A' ENCERCLÉ NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 542) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
551E	Qui a pratiqué l'ablation de la lchette de (NOM)?	GUERISSEUR TRADIT 1 HOMME SPECIALISÉ 2 FEMME SPECIALISÉE 3 PERSONNEL MEDICAL 4 PARENTS/AMIS ... 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	GUERISSEUR TRADIT 1 HOMME SPECIALISÉ 2 FEMME SPECIALISÉE 3 PERSONNEL MEDICAL 4 PARENTS/AMIS . . . 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	GUERISSEUR TRADIT 1 HOMME SPECIALISÉ 2 FEMME SPECIALISÉE 3 PERSONNEL MÉDICAL 4 PARENTS/AMIS ... 5 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8
551F	À la suite de l'ablation, est-ce que (NOM) a eu :	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Une infection ?	INFECTION ... 1 2 8	INFECTION ... 1 2 8	INFECTION ... 1 2 8
b	Des saignements ?	SAIGNMENT... 1 2 8	SAIGNMENT... 1 2 8	SAIGNMENT... 1 2 8
c	Des difficultés pour téter, boire ou manger ?	DIFF. TETER/ MANGER 1 2 8	DIFF. BOIRE/ MANGER 1 2 8	DIFF. BOIRE/ MANGER 1 2 8
d	Des difficultés pour respirer ?	DIFF. RESP ... 1 2 8	DIFF. RESP ... 1 2 8	DIFF. RESP ... 1 2 8
e	Des difficultés pour parler ?	DIF. PARLER 1 2 8	DIF. PARLER 1 2 8	DIF. PARLER 1 2 8
551G			RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.
N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSEZ À
551H	Quel sont les avantages d'enlever la lchette à un enfant ? INSISTER : Rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ATTENUE VOMISSEMENT A ATTENUE TOUX B EMPÊCHE ANGINE C AIDE (FACILITÉ) RESPIRATION D SE CONFORMER À LA TRADITION ... E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) AUCUN AVANTAGE Z		
551I	Quels sont les inconvénients d'enlever la lchette a un enfant ? INSISTER : Rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR A RISQUE INFECTION B RISQUE SAIGNMENT C DIFFICULTÉS POUR RESPIRER D DIFFICULTÉS POUR PARLER E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) AUCUN INCONVÉNIENT Z		
552	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01</p> <p>A JETÉ/RINCÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé ORASEL ou AMASEL que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2012 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.		
	Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :	OUI NON NSP	
a)	De l'eau ?	a) 1 2 8	
b)	Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1 2 8	
c)	Du bouillon ?	c) 1 2 8	
d)	Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	d) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT	<input type="text"/>
e)	Du lait en poudre pour bébé ?	e) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE	<input type="text"/>
f)	D'autres liquides ?	f) 1 2 8	
g)	Du yaourt ?	g) 1 2 8	
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT	<input type="text"/>
h)	Une préparation comme Cerelac ?	h) 1 2 8	
i)	Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
j)	Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1 2 8	
k)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
l)	Des légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
m)	Des mangues, papayes mûres ?	m) 1 2 8	
n)	D'autres fruits ou légumes ?	n) 1 2 8	
o)	Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
p)	De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) 1 2 8	
q)	Des œufs ?	q) 1 2 8	
r)	Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r) 1 2 8	
s)	N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s) 1 2 8	
t)	Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	t) 1 2 8	
u)	N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 561</p>	561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.) ←</p> <p>NON 2</p>	→ 601
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 6 : MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
610	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓ Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1 ^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 628

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.										
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p>	<table border="1" data-bbox="1247 296 1354 531"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 627</p>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 CLIENT/PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ) À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ) À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ) À 622)
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 627)←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON..... 2 (PASSEZ À 627)←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms masculins ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 632												
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ A</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE C</p> <p>POLYCLINIQUE D</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICAL H</p> <p>ASTBEF I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ J</p> <p>CENTRE SANTÉ ENTREPRISE K</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMIER L</p> <p>PHARMACIE/DÉPOT PHARMACEUTIQUE M</p> <p>AMASOT N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE VILLAGEOISE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS P</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE Q</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ R</p> <p>SÉCOURISTE S</p> <p>VENDEUR AMBULANT T</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS U</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms masculins si vous le souhaitiez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
632	VÉRIFIEZ 301 (08) : CONNAÎT CONDOM FÉMININ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 701
633	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI 1 NON 2	→ 701
634	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ A HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON ... B CENTRE DE SANTÉ / DISPEN- SAIRE C POLYCLINIQUE D PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ... H ASTBEF I CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ J CENTRE SANTÉ ENTREPRISE ... K CABINET SOINS/INFIRMIER L PHARMACIE/DÉPOT PHARMACEUTIQUE M AMASOT N AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ) SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE VILLAGEOISE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS P AUTRE SOURCE INSTITUTION RELIGIEUSE Q BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ R SÉCOURISTE S VENDEUR AMBULANT T AMIS/VOISINS/PARENTS U AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
635	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitiez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 7 : PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous (ne pas/plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉE 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 APRÈS LE MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez (pas/plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 714</p> <p>NOMBRE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 714 (PRÉCISEZ)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
713	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%; text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">FILLES</td> <td style="width: 15%; text-align: center;">N'IMPORTE</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td>NOMBRE</td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td colspan="3" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> </table>		GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE		NOMBRE					AUTRE	(PRÉCISEZ)			96	
	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE															
NOMBRE																		
AUTRE	(PRÉCISEZ)			96														
714	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?</p> <p>Vu des images sur la planification familiale sur un(des) panneau(x)/une(des) affiche(s) ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>PANNEAU(X) OU AFFICHE(S) ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2	PANNEAU(X) OU AFFICHE(S) ...	1	2	
	OUI	NON																
RADIO	1	2																
TÉLÉVISION	1	2																
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2																
PANNEAU(X) OU AFFICHE(S) ...	1	2																
716	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION → 801</p>																	
717	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/> → 720</p>																	
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE . 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>																
719	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <p>NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> → 801</p>																	
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	<p>MÊME NOMBRE 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																

SECTION 8 : CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 803</p> <p>→ 807</p>
802	<p>Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
803	<p>Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 806
804	<p>Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint : primaire, secondaire, technique secondaire, professionnel niveau secondaire, supérieur ou professionnel supérieur ?</p>	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE 2</p> <p>TECHNIQUE SECONDAIRE 3</p> <p>PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE. 4</p> <p>SUPÉRIEUR 5</p> <p>PROFESSIONNEL SUPÉRIEUR ... 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 806
805	<p>Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?</p> <p>SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
806	<p>VÉRIFIEZ 801 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p>	<p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
807	<p>En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
808	<p>Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille.</p> <p>Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
809	<p>Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
810	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 815
811	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?</p>	<p>_____ <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
815	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																								
ARGUMENTE	1	2	8																								
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																								
BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 8A : MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
827	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 834
828	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
829	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
830	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
831	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
832	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI 1 NON 2	→ 834
833	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eus dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
834	ADDITIONNER LES RÉPONSES À 828, 829, 830, 831 ET 833 AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
835	VÉRIFIER 834: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 827 - 834 COMME IL SE DOIT.		
836	VÉRIFIER 834: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		900
837	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
 NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SCEURS DE MÊME MÈRE BIOLOGIQUE.

838	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
839	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2					
840	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [7]
841	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
842	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
843	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
844	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2					
845	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2					
846	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON . 2					
847	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 900 (SECTION VIH/SIDA)

838	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
839	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
840	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 842 NSP 8 ALLER À [13]
841	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
842	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
843	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
844	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2
845	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 847 NON ... 2
846	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
847	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 900 (SECTION VIH/SIDA)							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSES À FAIRE 1 2 8 TEST 1 2 8	
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 920
917	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV) 11 HÔPITAL/MATERNITÉ 12 HÔPITAL/MILITAIRE/GARNISON 13 CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE 14 POLYCLINIQUE 15 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE/CABINET MÉDICAL 22 ASTBEF 23 CENTRE DE SANTE PRIVÉ 24 CENTRE SANTÉ ENTREPRISE 25 CABINET SOINS/INFIRMERIE 26 PHARMACIE/DÉPÔT PHARMACEUTIQUE 27 AMASOT 28 CEDIAM 29 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 30 (PRÉCISEZ) SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE VILLAGEOISE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS 31 CDV COMMUNAUTAIRE 40 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21-36 ENCERCLÉ ↓		→ 926
921	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 926

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 932
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
929	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV) 11 HÔPITAL/MATERNITÉ 12 HÔPITAL/MILITAIRE/GARNISON 13 CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE 14 PROGRAMME SECTORIEL DE LUT- TE CONTRE LE SIDA (PSLS) ... 15 POLYCLINIQUE 16 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 17 CENTRE AL NADJMA 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE/CABINET MÉDICAL 22 ASTBEF 23 CENTRE DE SANTE PRIVÉ 24 CENTRE SANTÉ ENTREPRISE 25 CABINET SOINS/INFIRMERIE 26 PHARMACIE/DÉPÔT PHARMACEUTIQUE 27 AMASOT 28 CEDIAM 29 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 30 (PRÉCISEZ) SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE VILLAGEOISE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS 31 CDV COMMUNAUTAIRE 40 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 932
931	Où est-ce ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS) Pas d'autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV) ... A HÔPITAL/MATERNITÉ B HÔPITAL/MILITAIRE/GARNISON ... C CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE D PROGRAMME SECTORIEL DE LUT- TE CONTRE LE SIDA (PSLS) ... E POLYCLINIQUE F PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ G CENTRE AL NADJMA H AUTRE SECTEUR PUBLIC I (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ J CLINIQUE/CABINET MÉDICAL K ASTBEF L CENTRE DE SANTE PRIVÉ M CENTRE SANTÉ ENTREPRISE N CABINET SOINS/INFIRMERIE O PHARMACIE/DÉPÔT PHARMACEUTIQUE P AMASOT Q CEDIAM R AUTRE MÉDICAL PRIVÉ S (PRÉCISEZ) SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE VILLAGEOISE/ CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOIS T CDV COMMUNAUTAIRE U AUTRE X (PRÉCISEZ)	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand(e) ou à un vendeur/vendeuse si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	
934	Si un membre de votre famille tombait malade du sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
937	<p>VÉRIFIEZ 901 :</p> <p>A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
938	<p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 946
939	<p>VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>		→ 941
940	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
941	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
942	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
943	<p>VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 :</p> <p>A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		→ 946
944	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
945	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ A</p> <p>HOP. MILITAIRE/GARNISON B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DISPEN- SAIRE C</p> <p>POLYCLINIQUE D</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL CENTRE SANTÉ E</p> <p>AUTRE PUBLIC F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE /CABINET MEDICAL H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ENTREPRISE J</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIE K</p> <p>PHARMACIE/DÉPOT PHARM. L</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ M</p> <p>_____ PRÉCISEZ</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGOIS N</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQ./BAR/MARCHÉ O</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL P</p> <p>SECOURISTE Q</p> <p>AMIS/PARENT R</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'il utilise des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec (une autre femme/d'autres femmes que sa co-épouse/ses co-épouses) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
948	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/></p> <p>VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 150px;">↓</p> <p style="margin-left: 150px;">PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001</p>		
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 10 : INJECTIONS
(SEULEMENT DANS LES MÉNAGES SÉLECTIONNÉS POUR ENQUETE HOMME ET LE TEST DU VIH)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1001	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI : Combien d'injections avez-vous eues ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1004															
1002	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1004															
1003	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
1004	<p>Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non ?</p> <p>Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																
PERMISSION D'ALLER	1	2																
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																
DISTANCE	1	2																
Y ALLER SEULE	1	2																
1005	<p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1100															
1006	<p>Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D</p> <p>AUTRE X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																											
1105	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <p>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</p> <p>b) vous gifle ?</p> <p>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</p> <p>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</p> <p>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</p> <p>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</p> <p>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</p> <p>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</p> <p>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																																										
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
OUI	1 →	1	2	3																																																																										
NON	2 ↓																																																																													
1106	<p>VÉRIFIEZ 1105A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		1109																																																																											
1107	<p>Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																																												
1108	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																																																												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1117	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDENT G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . L POLICIER/SOLDAT M CO-ÉPOUSE N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1118	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1119	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 :</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230) <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		→ 1122
1120	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 1122
1121	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI/PARTENAIRE PRÉCÉDE... G PETIT AMI ACTUEL H ANCIEN PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE BEAU-PARENT L ENSEIGNANT M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . N POLICIER/SOLDAT O CO-ÉPOUSE P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1122	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		→ 1122B
1122A	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1123 → 1124A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1127	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	→ 1129
1128	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K ASSOCIATION/ONG L AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 1130
1129	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2	
1130	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

REMERCEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.

1131	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE...</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE...	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE...	1	2	3																
FEMME ADULTE	1	2	3																
1132	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1209	Après de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 2 AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOIS 3 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
1210	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
1211	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT..... 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3	

SECTION 13 : EXCISION
(SEULEMENT DANS LES MÉNAGES NON SÉLECTIONNÉS POUR ENQUÊTE HOMME ET LE TEST DU VIH)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1301	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1303
1302	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1401
1303	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1309
1304	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1306
1305	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1306	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1307	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
1308	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
1309	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 : A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD N'A AUCUNE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD		→ 1316

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 3 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1310	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1999 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOM _____</p>
1311	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)</p>
1312	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1313	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
1314	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1315		<p>RETOURNEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.</p>	<p>RETOURNEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.</p>	<p>RETOURNEZ À 1311 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1316	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 PAS DE RELIGION 3 NE SAIT PAS 8	
1317	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																			
1408	(NOM) suit-il/elle un programme d'éducation préscolaire ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	1410																																			
1409	Au cours des sept derniers jours, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	NOMBRE D'HEURES <input type="text"/>																																				
1410	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ? b) Raconter des histoires à (NOM) ? c) Chanter des chansons à (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ? d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ? e) Jouer avec (NOM) ? f) Passer du temps avec (NOM) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">MÈR E</th> <th style="text-align: center;">PÈR E</th> <th style="text-align: center;">AUTR E PER SON NE</th> <th style="text-align: center;">PERSON NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIRE DES LIVRES</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>b) RACONTER DES HISTOIRES</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> <tr> <td>f) PASSER DU TEMPS</td> <td style="text-align: center;">A</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td style="text-align: center;">Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈR E	PÈR E	AUTR E PER SON NE	PERSON NE	a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	b) RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y	c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y	d) PROMENER	A	B	X	Y	e) JOUER	A	B	X	Y	f) PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y	
	MÈR E	PÈR E	AUTR E PER SON NE	PERSON NE																																		
a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																		
b) RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y																																		
c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y																																		
d) PROMENER	A	B	X	Y																																		
e) JOUER	A	B	X	Y																																		
f) PASSER DU TEMPS	A	B	X	Y																																		
1411	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
1412	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
1413	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
1414	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
1415	Est-ce qu'il arrive parfois que (NOM) soit trop malade pour jouer ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				
1416	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8																																				

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
1417	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI 1 NON 2 NSP 8									
1418	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI 1 NON 2 NSP 8									
1419	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI 1 NON 2 NSP 8									
1420	Est-ce que (NOM) est facilement distrait?	OUI 1 NON 2 NSP 8									
1421	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <table border="1" data-bbox="1230 598 1333 653"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> MINUTES <table border="1" data-bbox="1230 653 1333 707"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>									

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____