

**ENQUÊTE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSB-IV, 2011)  
QUESTIONNAIRE FEMME**

République du Bénin

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT, DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE  
ET DE LA PROSPECTIVE

Institut National de la Statistique  
et de l'Analyse Économique

*Confidentiel*

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT _____	DEPARTEMENT . <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
COMMUNE _____	COMMUNE ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ARRONDISSEMENT : _____	ARROND ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	MILIEU ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VILLAGE/QUARTIER : _____	
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DE STRUCTURE .....	STRUCT ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMÉRO DU MENAGE .....	MENAGE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE ... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LA PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, QUESTIONS SUR LA TENSION DOIVENT ÊTRE POSÉES (OUI=1, NON=2)	
	PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ... <input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MOIS ..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉE . <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUÊT. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTA* ..... <input type="checkbox"/>
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES ..... <input type="checkbox"/>
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT :				
	1 REMPLI	4 REFUSÉ		
	2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	7 AUTRE _____	(PRÉCISER)
	3 DIFFÉRE	6 INCAPACITÉ		

LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <u>Français</u> <input type="text" value="1"/>	LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ <input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="checkbox"/>
**CODES LANGUE :		
1 FRANÇAIS	4 FON	7 YORUBA
2 ADJA	5 DENDI	8 AUTRES
3 BARIBA	6 DITAMARI	

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

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 et de l'Analyse Économique (INSAE). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Bénin. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent 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 la personne dont le nom figure 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 A
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... MINUTES .....	
101AA	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b>	<b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>	→102

**101A**

Pendant cette interview, je voudrais mesurer votre pression sanguine. La prise de la pression sanguine sera effectuée trois fois au cours de cette interview.  
La procédure est sans danger. Elle est effectuée pour savoir si une personne souffre d'hypertension. Sans être traitée, l'hypertension peut causer des dommages sérieux au coeur.

Les résultats de la prise de la pression sanguine vous seront données à la fin de l'interview accompagnée d'une explication sur la valeur de votre pression sanguine. Si votre pression sanguine est élevée, étant donné que nous ne pourrions pas effectuer davantage de tests pour vous donner un traitement approprié au cours de l'enquête, nous vous conseillons de consulter un établissement de santé ou un docteur.

Avez-vous des questions sur la prise de la pression sanguine? Si vous avez des questions à n'importe quel moment, vous pouvez me les poser.

Vous pouvez dire oui, ou vous pouvez dire non pour la prise de votre pression sanguine maintenant.  
Vous pouvez aussi décider d'arrêter à n'importe quel moment de participer dans cette prise de pression sanguine.

Est-ce que vous m'autorisez de prendre votre pression sanguine maintenant?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE ..... 2 → 102

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
101B	<p>Avant de prendre la mesure de votre tension artérielle, je voulais vous poser quelques questions sur des choses qui affectent ces mesures?</p> <p>Avez-vous fait dans les 30 dernières minutes, les choses suivantes:</p> <p>Mangé quelque chose?            Bu du café, du thé, boisson Coca-cola ou autre boisson, qui contient de la caféine?            Fumé un produit du tabac?</p>	<p>OUI      NON</p> <p>MANGÉ ..... 1      2</p> <p>BOISSON AVEC CAFÉINE 1      2</p> <p>FUMÉ ..... 1      2</p>	
101D	<p>Puis-je commencer la prise de votre tension artérielle?</p> <p>AVANT DE PRENDRE LA PREMIÈRE MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, MESURER LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS DE L'ENQUÊTÉE, AU MILIEU ENTRE L'ÉPAULE ET LE COUDE.</p> <p>ENREGISTRER LA MESURE EN CENTIMÈTRES.</p>	<p>CIRCONFÉRENCE DU BRAS (EN CENTIMÈTRES) <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
101C	<p>UTILISER LA MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS POUR SÉLECTIONNER LE MODÈLE D'APPAREIL DE PRESSION SANGUINE ET LES DIMENSIONS APPROPRIÉS. ENCELER LE CODE POUR LE MODEL D'APPAREIL ET LES DIMENSIONS.</p>	<p>MOYEN: 24 CM – 35 CM (9.5 - 13 in) ... 1</p> <p>LARGE: 36 CM – 41 CM (12 - 16 in) ... 2</p>	
101E	<p>Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE</p> <p>_____</p> <p>L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE      L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE</p> <p><input type="checkbox"/>      <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE      ENREGISTRER 9994</p>	<p><b>TENSION ARTÉRIELLE</b></p> <p>SYSTOLIQUE/MAX .... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE/MIN .... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b></p> <p>REFUSÉ ..... '9994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES ..... '9995</p> <p>AUTRES ..... '9996</p> <p>_____ (À SPÉCIFIER)</p>	
102	<p>En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	
103	<p>Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?</p> <p>COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
104	<p>Êtes-vous allée à l'école ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 108

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
106	Quel 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 OR SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. (2)  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
109	VÉRIFIEZ 108:  CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
113	Quelle religion pratiquez-vous ?	VODOUN ..... 11 AUTRES TRADITIONNELLES ..... 12 ISLAM..... 21 CATHOLIQUE ..... 31 PROTESTANT METHODISTE..... 41 AUTRES PROTESTANTS ..... 42 CELESTES..... 51 AUTRES CHRETIENS ..... 52 AUTRES RELIGIONS..... 61 AUCUNE ..... 71	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
114	Quelle est votre ethnie ?	ADJA ET APPARENTES ..... 11 BARIBA ET APPARENTES ..... 21 DENDI ET APPARENTES ..... 31 FON ET APPARENTEES ..... 41 YOA ET LOKPA ET APPARENTES .... 51 BETAMARIBE ET APPARENTES ..... 61 PEULH ET APPARENTES ..... 71 YORUBA ET APPARENTES ..... 81 AUTRE BÉNINOIS _____ 96 (PRÉCISER) AUTRE NATIONALITÉS _____ 97 (PRÉCISER)	
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ..... 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

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 décédées ? 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<sup>re</sup>.  
 INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEUX/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 SI EN VIE :	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE :	220 SI DÉCÉDÉ :	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-elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-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).	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/LES NAISSANCE 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 2006 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0				→ 226



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
225	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2006 (1), INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).</p>		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL 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"/> JAN. 2006 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2006		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  <b>C</b> INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2006, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2006.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2006 (1) 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 2006 (1) ?	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 IL Y A ..... SEMAINES ... 2 IL Y A ..... MOIS ..... 3 IL Y A ..... ANNÉES ... 4  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994  AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995  JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996	<div style="display: flex; align-items: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center; width: 40px; height: 40px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div>								
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	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 10px; height: 10px; margin-right: 5px;"></div> <span>→ 301</span> </div>								
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 RÉGLES COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÉGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 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. De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> 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	<b>Implants.</b> 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	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom/ Préservatif masculin.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin/ Préservatif féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA).</b>	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. (3)	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    ↓    → 311		
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? W-9	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 311

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</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/PRÉSERVATIF MASC..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉMIN. 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 MODERNE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE TRADITION. _____ Y (PRÉCISEZ)</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>HARMONIE ..... 01</p> <p>DUOFEM ..... 02</p> <p>MICROGYNON ..... 03</p> <p>EUGYNON ..... 04</p> <p>LO-FEMENAL ..... 05</p> <p>CONFIANCE ..... 06</p> <p>MINDRIL ..... 07</p> <p>STEDIRIL ..... 08</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/LE PAQUET.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>COOL ..... 02</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 DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM... 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
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 ..... <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> ANNÉE ..... <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
309	VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231 :  AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A  RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>							
310	VÉRIFIEZ 308/308A :	L'ANNÉE EST 2006 OU PLUS TARD L'ANNÉE EST 2005 OU AVANT							
311	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2006 (6). UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p><b>C</b> À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.  QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ?</li> <li>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</li> <li>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</li> </ul> <p><b>À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LE NOMBRE DE CODES À LA COLONNE 2 DOIT ÊTRE LE MÊME QUE LE NOMBRE D'INTERRUPTIONS DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</b></p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ?</li> <li>* SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.</li> </ul>	<p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2006</p> <p>PUIS PASSER À  322</p>							

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
312	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE À N'IMPORTE QUEL MOIS.  AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <span style="margin-left: 100px;">UNE MÉTHODE UTILISÉE</span> <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;"><input type="checkbox"/></span> 		→ 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.	AUCUN CODE ENCERCLÉ ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM/PRÉSERVATIF MASC. .... 07 CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉMIN. 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MODERNE ..... 95 (PRÉCISEZ) AUTRE TRADITION. .... 96 (PRÉCISEZ)	→ 324 → 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 DU GOUVERNEMENT ... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... 12 CLINIQUE PLANIFICATION FAM. ... 13 AGENT DE TERRAIN ..... 14 CENTRE SOCIAL ..... 15 AGENT DE SANTE STRAT AV .... 16 AGENT DE SANTE/RELAJ COMM ... 17 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)	
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme/MAMA ?  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.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 HOPITAL CONFESIONNEI. .... 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23 PHARMACIE ..... 24 ABPF ..... 25 AGENT SANTÉ (ONG) ..... 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/MARCHE ..... 31 ÉGLISE/MOSQUEE ..... 32 AMI/PARENTS ..... 33 BAR/BUVETTE ..... 34  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 ..... 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 :  <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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <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> </div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a 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/PRÉSERVATIF MASC. .... 07 CONDOM FÉMININ/PRÉSERV. FÉMIN. 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MODERNE ..... 95 (PRÉCISEZ) AUTRE TRADITION. .... 96 (PRÉCISEZ)	→ 326 → 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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . . 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT . . . 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM. . . . 13</p> <p>AGENT DE TERRAIN . . . . . 14</p> <p>CENTRE SOCIAL . . . . . 15</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV . . . . 16</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . . . 17</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 19 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 21</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEI . . . . . 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ . . . . . 23</p> <p>PHARMACIE . . . . . 24</p> <p>ABPF . . . . . 25</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) . . . . . 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 27 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE . . . . . 31</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE . . . . . 32</p> <p>AMI/PARENTS . . . . . 33</p> <p>BAR/BUVETTE . . . . . 34</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→326</p>



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
324	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 326
325	Où est cet endroit ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)  _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... B CLINIQUE PLANIFICATION FAM... C AGENT DE TERRAIN ..... D CENTRE SOCIAL ..... E AGENT DE SANTE STRAT AV .... F AGENT DE SANTE/RELAJ COMM... G DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . H AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J HOPITAL CONFESSIONNEI..... K CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... L PHARMACIE ..... M ABPF ..... N AGENT SANTÉ (ONG) ..... O AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ P (PRÉCISEZ)  AUTRE ENDROIT BOUTIQUE/MARCHE ..... Q ÉGLISE/MOSQUEE ..... R AMI/PARENTS ..... S BAR/BUVETTE ..... T  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
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 ? (8)	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 2006 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>			AUCUNE NAISSANCE EN 2006 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 2006 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 NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/> <input type="text"/>
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), voulez-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 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME ..... B AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE ACCOUCHEUSE ..... C AUTRE PERSONEL MATRONE ... D ACCOUCHEUSE TRADITION ... E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... 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>MATERNITÉ ISOLÉE E</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... H</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ J</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 ?	<p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>												
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>												
413	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>OUI NON</p> <p>Vous a-t-on pris le poids ? POIDS ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on mesuré la taille ? TAILLE ..... 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> <p>Vous a-t-on palpé à l'abdomen? ADOMEN ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on fait une échographie? ECHOGR... 1 2</p> <p>Vous a-t-on fait le déparasitage? DEPARAS... 1 2</p> <p>Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels? NUTRITIC... 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 ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>												
414A	Vous a-t-on préparé à l'accouchement ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 ? (3)	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		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU AUTRE PLUS <input type="checkbox"/> <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 ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	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 ou du sirop ?  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		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
426	VÉRIFIEZ 425 :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A'      CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ    A' NON <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"/>								
427A	A quel moment de la grossesse avez-vous commencé à prendre la SP/FANSIDAR (avant le 4è mois, au 4è mois ou après le 4è mois) ou (quand le bébé a commencé à bouger) ?	AVANT 4è MOIS    ... 1 AU 4è MOIS        ... 2 APRÈS LE 4è MOIS . 3  QUAND BÉBÉ A     . COMMENCÉ A BOUGER            ... 4								
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.	1    KG DU CARNET <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	1    KG DU CARNET <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998	1    KG DU CARNET <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  2    KG DE MÉMOIRE <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS      99998						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME B</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE</p> <p>ACCOUCHEUSE C</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE ... D</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITION ... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... F</p> <p>AMI/PARENTS ... G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>
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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PASSEZ À 438) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PASSEZ À 448) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 448) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PASSEZ À 448) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
434A	Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2													
436	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 ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2															
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 439) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←															
438	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) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 442) ←															
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 12 AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE ACCOUCHEUSE 13 AUTRE PERSONEL MATRONE ... 21 ACCOUCHEUSE TRADITION ... 22 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... 23  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)															

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" 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>							
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</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 446) ←</p> <p>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" 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>JRS APRÈS NAIS. .. 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>SEM.APRÈS NAIS. .. 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>							
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</p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME 12</p> <p>AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANTE ACCOUCHEUSE 13</p> <p>AUTRE PERSONEL</p> <p>MATRONE .... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION ... 22</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ..... 23</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/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON</p> <p>VOTRE MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE 24</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... 32</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							

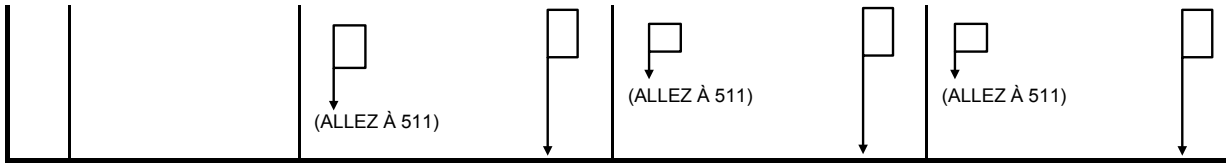


N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSEZ À 449) ← NON ..... 2 (PASSEZ À 450) ←		
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	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	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	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	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 POUDRE 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 NAIS. 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 NAIS. 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 2006 (1) 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      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      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      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 un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? <b>(2)</b> SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3				OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3				OUI, VU ..... 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET ..... 3			
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? <b>(2)</b>	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 DU CARNET. (2) (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET 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				BCG				BCG			
		POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0				P0			
		POLIO 1				P1				P1			
		POLIO 2				P2				P2			
		POLIO 3				P3				P3			
		DTCoq 1				D1				D1			
		DTCoq 2				D2				D2			
		DTCoq 3				D3				D3			
		HepB+Hib 1				H1				H1			
		HepB+Hib 2				H2				H2			
		HepB+Hib 3				H3				H3			
		Penta 1				Pent1				Pent1			
		Penta 2				Pent2				Pent2			
		Penta 3				Pent3				Pent3			
		VAA/ ROUGEOLE				ROU				ROU			
		FIEVRE JAUNE				FJ				FJ			
		VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)				BCG À ROUGEOLE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)				BCG À ROUGEOLE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ(3)			



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 le carnet, 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 deux 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 <sup>res</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2	DEUX 1 <sup>res</sup> SEMAINES 1 PLUS TARD ..... 2
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 DTCoq, c'est-à-dire une injection faite au bras gauche, 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 DTCoq 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 droit 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511A	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) 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
511B	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	MARS, 2010 ..... A AVRIL, 2010 ..... B NOVEMBRE, 2010 ..... C DÉCEMBRE, 2010 ..... D MAI, 2011 ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)
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 ? (8)	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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
517	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	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) ←
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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B CLINIQUE PF ... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL.. E AGENT DE SANTE STRAT AV F AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ) <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I HÔPITAL CONFES-SIONNEL ..... J CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K PHARMACIE ... L ABPF M AGENT SANTÉ (ONG) N AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ) <p>AUTRE ENDROIT</p> BOUTIQUE ..... P PRATICIEN TRADITIONNEL Q MARCHÉ ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B CLINIQUE PF ... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL.. E AGENT DE SANTE STRAT AV F AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ) <p>SI SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I HÔPITAL CONFES-SIONNEL ..... J CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K PHARMACIE ... L ABPF M AGENT SANTÉ (ONG) N AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ) <p>AUTRE ENDROIT</p> BOUTIQUE ..... P PRATICIEN TRADITIONNEL Q MARCHÉ ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVT. A CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B CLINIQUE PF ... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL.. E AGENT DE SANTE STRAT AV F AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ) <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I HÔPITAL CONFES-SIONNEL ..... J CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K PHARMACIE ... L ABPF M AGENT SANTÉ (ONG) N AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ) <p>AUTRE ENDROIT</p> BOUTIQUE ..... P PRATICIEN TRADITIONNEL Q MARCHÉ ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)





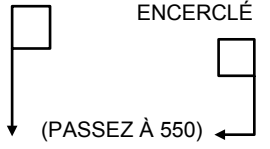
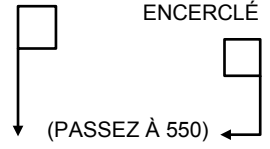
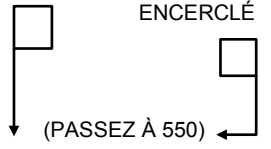

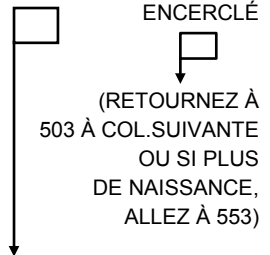

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
524A	VÉRIFIEZ 524 :	CODE 'C' N'EST CODE 'C' PAS ENCERCLÉ EN CER- CLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 525) ←	CODE 'C' N'EST CODE 'C' PAS ENCERCLÉ EN CER- CLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 525) ←	CODE 'C' N'EST CODE 'C' PAS ENCERCLÉ EN CER- CLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 525) ←
524B	Est-ce que le traitement que (NOM) reçu, était-il d'un demi comprimé pendant jours, ou d'un comprimé pendant 10 jours, ou autre ?	1/2 COMPRIMÉ PEN- DANT 10 JOURS . 1 1 COMPRIMÉ PENDANT 10 JOURS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	1/2 COMPRIMÉ PEN- DANT 10 JOURS . 1 1 COMPRIMÉ PENDANT 10 JOURS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	1/2 COMPRIMÉ PEN- DANT 10 JOURS . 1 1 COMPRIMÉ PENDANT 10 JOURS ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre 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
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS ..... 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSEZ À 531) ←
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
531	<p>Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre <b>ou</b> de la toux).</p> <p>Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
532	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t-on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
533	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 537) ←</p>

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 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. .... B</p> <p>CLINIQUE PF . . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>HÔPITAL CONFES- SIONNEL ..... J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ ..... K</p> <p>PHARMACIE ... L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>PRATICIEN/ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ ..... R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 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 CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 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 CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> 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"/>
537	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 552A) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (COARTEM /COARSUCAM).. E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARACÉTAMOLE . I ACETAMINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE ..... D CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (COARTEM /COARSUCAM).. E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARACÉTAMOLE . I ACETAMINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	ANTIPALUDÉENS SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE ..... D CTA/COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (COARTEM /COARSUCAM).. E AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ F (PRÉCISEZ)  ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP ..... G INJECTION ... H  AUTRE MÉDICAMENT ASPIRINE/ PARACÉTAMOLE . I ACETAMINOPHEN ... J IBUPROFEN ... K  AUTRE DONNÉ PLANTES MÉDICINALES . L  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"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).	OUI                  NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                  NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCERCLÉ                  NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCERCLÉ                  NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)	CODE 'A'                  CODE 'A' ENCERCLÉ                  NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 542)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
542	VÉRIFIEZ 538 :  CHLOROQUINE ('B') DONNÉE	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544)	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544)	CODE 'B' CODE 'B' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 544)
543	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
544	VÉRIFIEZ 538 :  AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546)	CODE 'C' CODE 'C' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 546)
545	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
546	VÉRIFIEZ 538 :  QUININE ('D') DONNÉE	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548)	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548)	CODE 'D' CODE 'D' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 548)
547	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
548	VÉRIFIEZ 538 :  CTA/ COMBINAISON AVEC ARTÉMISININE (COARTEM/COAR-SUCAM) DONNÉE, CODE ('E')	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (PASSEZ À 550)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (PASSEZ À 550)	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (PASSEZ À 550)
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F') DONNÉ	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>   (RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME ..... 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8
552A	Qu'est-ce qui a été fait alors pour (NOM), contre la fièvre/convulsions/attaques ?	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE . 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE . 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	FAIT UN ENVELOPPEMENT HUMIDE . 1 DONNÉ PLANTES MÉDICINALES ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	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 A
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2006 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/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ 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) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ AVEC DU ZINC] 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 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 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		562A

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 POUVRE	<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 [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?	h)	1	2	8
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations, etc à base de céréales ?	i)	1	2	8
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces, etc qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j)	1	2	8
	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, 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 ou [autres fruits locaux riches en vitamine A et qui sont disponibles] ?	m)	1	2	8
	n) D'autres fruits ou légumes [par ex. banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	n)	1	2	8
	o) Autres aliments à base de légumes/légumineuses [par ex. haricots, lentilles, soja, légumineuses, noix de cajou, arachides ou autres noix, etc] ?	o)	1	2	8
	p) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	p)	1	2	8
	q) De la viande de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	q)	1	2	8
	r) Des oeufs ?	r)	1	2	8
	s) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	s)	1	2	8
	t) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	t)	1	2	8
	u) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	u)	1	2	8
	v) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	v)	1	2	8



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "v") :  PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		561
560	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?  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 ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER, PUIS CONTINUER À 561) NON ..... 2	562
561	Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	
562A	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  SI SÉLECTION MÉNAGE = 1 <input type="checkbox"/> SI SÉLECTION MÉNAGE = 2 <input type="checkbox"/>		601
562	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/>	
563	VÉRIFIER 101E ET 101F:  A ACCEPTÉ LA PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE <input type="checkbox"/>	PRISE DE LA TENSION ARTÉRIELLE REFUSÉE <input type="checkbox"/>	601
564	Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?  SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE  L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE <input type="checkbox"/> L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE <input type="checkbox"/>  ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE ENREGISTRER 9994	TENSION ARTÉRIELLE  SYSTOLIQUE/MAX .... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  DIASTOLIQUE/MIN .... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  <b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b> REFUSÉ '9994 PROBLÈMES TECHNIQUES '9995 AUTRES '9996  (À SPÉCIFIER) _____	

## 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 <sup>ère</sup> 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 <u>dernière</u> 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="1226 268 1333 499"> <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 ? (2)	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="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSEZ) ↓ À 622) ←
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>RE</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>ER</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 <sup>RE</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>ER</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 623)	1 <sup>RE</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>ER</sup> MARI <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (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"/>
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 NBRE 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

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
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 UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DER- NIERS MOIS <input type="text"/>  NOMBRE ... <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 PARTENIARES 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 &lt;10 ANS . . . . .</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 ANS . . . . .	1	2	HOMMES ADULTES . . . . .	1	2	FEMMES ADULTES . . . . .	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 ANS . . . . .	1	2													
HOMMES ADULTES . . . . .	1	2													
FEMMES ADULTES . . . . .	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms (préservatif masculin) ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p>	→ 632												
630	<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 style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT . . . B</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM. . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN . . . . . D</p> <p>CENTRE SOCIAL . . . . . E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV . . . . F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . . . G</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . . H</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p style="padding-left: 20px;">PUBLIC _____ I</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL . . . . . K</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ . . . . . L</p> <p>PHARMACIE . . . . . M</p> <p>ABPF . . . . . N</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) . . . . . O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p style="padding-left: 20px;">PRIVÉ _____ P</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE . . . . . Q</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE . . . . . R</p> <p>AMI/PARENTS . . . . . S</p> <p>BAR/BUVETTE . . . . . T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . 8</p>													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 701
633	<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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... D</p> <p>CENTRE SOCIAL ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM... G</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL..... K</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>PHARMACIE ..... M</p> <p>ABPF ..... N</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... Q</p> <p>ÉGLISE/MOSQUEE ..... R</p> <p>AMI/PARENTS ..... S</p> <p>BAR/BUVETTE ..... T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?	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 <input type="checkbox"/> → 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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> → 710 → 712 <input type="checkbox"/> → 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 A
709	<p>VÉRIFIEZ 703 ET 704 :</p> <p style="text-align: center;"> VEUT <input type="checkbox"/>      NE VEUT PLUS <input type="checkbox"/>  UN/UN AUTRE      D'ENFANT/AUCUN  ENFANT      ↓      ↓ </p> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez 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>	PAS MARIÉE ..... A  RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F ALLAITE ..... G FATALISTE ..... H  OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J AUTRES OPPOSÉS ..... K INTERDITS RELIGIEUX ..... L  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N  RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P TROP CHÈRE ..... Q MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... R AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S PAS PRATIQUE À UTILISER ... T INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
710	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  PAS POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		712
711	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
712	VÉRIFIEZ 216 :  A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> ↓      ↓ 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 ?  Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?  INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN ..... 00 NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 714  → 714

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																											
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;"></td> <td style="text-align: right;">96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>		GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE		NOMBRE					AUTRE				96		(PRÉCISEZ)											
	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																											
NOMBRE																														
AUTRE				96																										
	(PRÉCISEZ)																													
714	Au cours des derniers mois, avez-vous :  Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?  Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?  Sur une affiche ?  Dans un prospectus/brochure ?  A une séance d'animation culturelle/éducative? <b>Dans les lieux de culte (église/mosquée)?</b> A l'école?	<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>AFFICHE .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>ANIMATION CULTURELLE ...</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>EGLISE/MOSQ .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>A L'ECOLE ...</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	AFFICHE .....	1	2	PROSPECTUS .....	1	2	ANIMATION CULTURELLE ...	1	2	EGLISE/MOSQ .....	1	2	A L'ECOLE ...	1	2	
	OUI	NON																												
RADIO .....	1	2																												
TÉLÉVISION .....	1	2																												
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1	2																												
AFFICHE .....	1	2																												
PROSPECTUS .....	1	2																												
ANIMATION CULTURELLE ...	1	2																												
EGLISE/MOSQ .....	1	2																												
A L'ECOLE ...	1	2																												
715	A votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale:  Entendu parler de la planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?  Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?  Sur une affiche ?  Dans un prospectus/brochure ?  A une séance d'animation culturelle/éducative? <b>Dans les lieux de culte (église/mosquée)?</b> A l'école?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">INAD- ADMIS- MIS- SIBLE SIBLE</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES ...</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>ANIMATION CULTURELLE ...</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>EGLISE/MOSQ .....</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> <tr> <td>A L'ECOLE ...</td> <td style="text-align: right;">1 2</td> </tr> </table>		INAD- ADMIS- MIS- SIBLE SIBLE	RADIO .....	1 2	TÉLÉVISION .....	1 2	JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1 2	AFFICHE .....	1 2	PROSPECTUS .....	1 2	ANIMATION CULTURELLE ...	1 2	EGLISE/MOSQ .....	1 2	A L'ECOLE ...	1 2										
	INAD- ADMIS- MIS- SIBLE SIBLE																													
RADIO .....	1 2																													
TÉLÉVISION .....	1 2																													
JOURNAUX OU MAGAZINES ...	1 2																													
AFFICHE .....	1 2																													
PROSPECTUS .....	1 2																													
ANIMATION CULTURELLE ...	1 2																													
EGLISE/MOSQ .....	1 2																													
A L'ECOLE ...	1 2																													
715A	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>OUI .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	→ 716																							
OUI .....	1																													
NON .....	2																													
715B	Avec qui en avez-vous discuté ?  Quelqu'un d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>ÉPOUSE/PARTENAIRE .....</td> <td style="text-align: right;">A</td> </tr> <tr> <td>MÈRE .....</td> <td style="text-align: right;">B</td> </tr> <tr> <td>PÈRE .....</td> <td style="text-align: right;">C</td> </tr> <tr> <td>SOEUR(S) .....</td> <td style="text-align: right;">D</td> </tr> <tr> <td>FRÈRE(S) .....</td> <td style="text-align: right;">E</td> </tr> <tr> <td>COUSINE(S)/COUSIN(S) .....</td> <td style="text-align: right;">F</td> </tr> <tr> <td>FILLE(S) .....</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>FILS .....</td> <td style="text-align: right;">H</td> </tr> <tr> <td>BELLE-MÈRE(S) .....</td> <td style="text-align: right;">I</td> </tr> <tr> <td>BEAU-PÈRE .....</td> <td style="text-align: right;">G</td> </tr> <tr> <td>AMI(E)S/VOISIN(E)S .....</td> <td style="text-align: right;">K</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td style="text-align: right;">X</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">(PRÉCISER)</td> </tr> </table>	ÉPOUSE/PARTENAIRE .....	A	MÈRE .....	B	PÈRE .....	C	SOEUR(S) .....	D	FRÈRE(S) .....	E	COUSINE(S)/COUSIN(S) .....	F	FILLE(S) .....	G	FILS .....	H	BELLE-MÈRE(S) .....	I	BEAU-PÈRE .....	G	AMI(E)S/VOISIN(E)S .....	K	AUTRE _____	X		(PRÉCISER)		
ÉPOUSE/PARTENAIRE .....	A																													
MÈRE .....	B																													
PÈRE .....	C																													
SOEUR(S) .....	D																													
FRÈRE(S) .....	E																													
COUSINE(S)/COUSIN(S) .....	F																													
FILLE(S) .....	G																													
FILS .....	H																													
BELLE-MÈRE(S) .....	I																													
BEAU-PÈRE .....	G																													
AMI(E)S/VOISIN(E)S .....	K																													
AUTRE _____	X																													
	(PRÉCISER)																													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
716	VÉRIFIEZ 601 :  OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		801
717	VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		720
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 ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
719	VÉRIFIEZ 304 :  NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		801
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
808	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. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
809	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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
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	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 NE 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 (PRÉCISEZ)	
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 (PRÉCISEZ)	
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 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																												
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"> <tr> <td></td> <td>PRES./</td> <td>PRES./</td> <td>PAS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>ÉCOUTE</td> <td>ÉCOUTE</td> <td>PRES.</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>PAS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ENFANTS &lt; 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> </table>		PRES./	PRES./	PAS		ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.			PAS		ENFANTS < 10	..... 1	2	3	MARI	..... 1	2	3	AUTRES HOMMES	... 1	2	3	AUTRES FEMMES	... 1	2	3	
	PRES./	PRES./	PAS																												
	ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.																												
		PAS																													
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"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <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> </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																												
826A	<p>Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :</p> <p>Elle sait que son mari a une Infection Sexuellement Transmissible?</p> <p>Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ?</p> <p><b>Il refuse de mettre le préservatif qu'elle lui demande de mettre ?</b></p> <p>Elle a accouché récemment ?</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>IL A UNE IST</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td><b>PRESERVATIF</b></td> <td>..... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHE. RÉCENT</td> <td>... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR</td> <td>... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	IL A UNE IST	..... 1	2	8	AUTRES FEMMES	..... 1	2	8	<b>PRESERVATIF</b>	..... 1	2	8	ACCOUCHE. RÉCENT	... 1	2	8	FATIGUÉE/PAS HUMEUR	... 1	2	8					
	OUI	NON	NSP																												
IL A UNE IST	..... 1	2	8																												
AUTRES FEMMES	..... 1	2	8																												
<b>PRESERVATIF</b>	..... 1	2	8																												
ACCOUCHE. RÉCENT	... 1	2	8																												
FATIGUÉE/PAS HUMEUR	... 1	2	8																												
826B	Quand une femme sait que son mari a une infection/maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																													
826C	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec vous quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8																													
826D	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8																													
826E	Dans votre ménage, qui prend les décisions concernant la santé de votre/vos enfant(s)?	ENQUÊTÉE SEULE ..... 1 ENQUÊTÉE AVEC CONJOINT ..... 2 ENQUÊTÉ AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3																													
826F	Dans votre ménage, qui prend les décisions d'envoyer votre/vos enfant(s) à l'école?	ENQUÊTÉE SEULE ..... 1 ENQUÊTÉE AVEC CONJOINT ..... 2 ENQUÊTÉ AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3																													

## SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 937
901A	Comment peut-on attraper le SIDA ?  Aucune autre façon ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	RAPPORT SEXUELS ..... A RAPPORT SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES ... B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES.. C NE PAS UTILISER CONDOM ..... D RELATIONS HOMOSEXUELLES ..... E TRANSFUSION DE SANG ..... F INJECTIONS ..... G EN EMBRASSANT ..... H PIQURES DE MOUSTIQUES ..... I OBJETS SOUILLES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :  Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	OUI NON NSP GROSSESSE. .... 1 2 8 ACCOUCHEMENT ... 1 2 8 ALLAITEMENT ..... 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 911

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
910	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
911	<b>VÉRIFIEZ 208 ET 215 :</b>  AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 926  DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> → 926 DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> → 926																		
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 920 AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> → 920																		
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.																		
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 ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES 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																



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
917	<p>Où le test a-t-il été fait ?</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 GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... 15</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... 16</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . 17</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL ..... 22</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . 23</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>ABPF ..... 26</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... 27</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE ..... 28</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>MAISON ..... 31</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 32</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 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 ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 924
920	<p>VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>21-36 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 926
921	Entre le moment où vous arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 927

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <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 A .....MOIS <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 HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12 CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 AGENT DE TERRAIN ..... 15 AGENT DE SANTE STRAT AV ... 16 AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . 17 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 19 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 HOPITAL CONFESIONNEL ..... 22 CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . 23 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25 ABPF ..... 26 AGENT SANTÉ (ONG) ..... 27 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 28 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 29 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON ..... 31 CENTRE DE DÉTENTION ..... 32  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
931	<p>Où est-ce ?</p> <p>Un autre endroit ?</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> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . G</p> <p>DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL ..... K</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . L</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>PHARMACIE ..... N</p> <p>ABPF ..... O</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... P</p> <p>DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	<p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
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 ?	<p>DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE ..... 1</p> <p>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936A	Est-ce qu'on devrait informer les élèves de 12-14 ans sur le VIH/SIDA à l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	
936B	Etes-vous d'accord ou pas sur l'affirmation suivante : on doit connaître son statut de séropositivité avant d'avoir des rapports sexuels avec son ami/partenaire ?	<p>D'ACCORD ..... 1</p> <p>PAS D'ACCORD ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND ..... 8</p>	

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. 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. 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. 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>Un autre endroit ?</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>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE DE DÉPISTAGE VOLONT . C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV .... F</p> <p>AGENT DE SANTE/RELAJ COMM . G</p> <p>DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... J</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL ..... K</p> <p>CENTRE DÉPISTAGE INDÉPENDA . L</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>PHARMACIE ..... N</p> <p>ABPF ..... O</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) ..... P</p> <p>DISPENSAIRE SCOLAIRE ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
946	<p>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'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
947	<p>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 d'autres femmes ?</p>	<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"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1001</p>		
949	<p>Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	
950	<p>Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	

## SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1001	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 ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1004
1002	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 1004
1003	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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1006
1005	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1006	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1008
1007	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE ..... A TABAC À MACHER ..... B TABAC À PRISER ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1008	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 constituent, pour vous, un problème important ou non ?  Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?  Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?  La distance pour atteindre l'établissement de santé ?  Ne pas vouloir y aller seule ?	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT  PROBLÈME IMPOR- TANT  PERMISSION D'ALLER ..... 1 ..... 2 OBTENIR L'ARGENT ... 1 ..... 2 DISTANCE ..... 1 ..... 2 Y ALLER SEULE ..... 1 ..... 2	
1009	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1010A

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1010	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D AUTRE ..... X _____ (PRÉCISEZ)	
1010A	Parfois les enfants souffrent de maladies sévères et devraient être immédiatement conduits dans un centre de santé.  Quels types de symptômes chez l'enfant vous inciteraient à le conduire tout de suite dans un établissement sanitaire?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ENFANT MOINS DE 2 ANS MALADE . A INCAPABLE DE BOIRE OU PRENDRE LE SEIN ..... B VOMIT TOUT CE QU'IL CONSOMM ... C CONVULSIONS ..... D LETHARGIQUE OU INCONSCIENT ... E CORPS CHAUD ET URINE FONCÉE/ COCA-COLA ..... F CORPS CHAUD ET YEUX JAUNES ... G SANG DANS LES SELLES OU SAIGNE- MENT ANORMAL ..... H PALEUR PALMAIRE SEVERE ..... I DIARRHÉE/PLI CUTANE QUI S'EFFACE LENTEMENT/YEUX ENFONCES ... J RESPIRATION DIFFICILE ..... K CORPS CHAUD ET RAIDEUR DE LA NUQUE ..... L ERUPTION GENERALISEE/ECOULE- MENT NASAL OU YEUX ROUGES . M	
1010B	Parfois les enfants souffrent de la toux.  Comment avez-vous soigné la toux la dernière fois à la maison?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CALMER LA TOUX AVEC DU MIEL . A CALMER LA TOUX AVEC UNE INFU- SION DE FEUILLES D'EUCALYPTU . B BIEN LE PROTEGER AU CHAUD ... C LE METTRE LOIN DES SOURCES DE FUMEE ..... D AUTRE ..... X _____ (PRÉCISEZ)	
1011A	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b>  <input type="checkbox"/>            ↓         </div> <div style="text-align: center;"> <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>  <input type="checkbox"/> →         </div> </div>		1101
1011	Ces questions portent sur la pression sanguine.  Vous a-t-il jamais été dit par un médecin ou un n'importe quel autre agent de santé que vous avez une hypertension ou une tension artérielle élevée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	1014
1012	Aviez-vous été dit, à deux occasions ou plus, par un médecin ou un n'importe quel agent de santé que vous avez une hypertension ou une tension artérielle élevée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
1013	<p>Pour faire baisser votre hypertension ou votre pression sanguine, êtes-vous actuellement en train de :</p> <p>a. Prendre des médicaments prescrits?  b. Contrôler votre poids ou perdre du poids?  c. Réduire le sel dans votre alimentation?  d. Consommer des plantes?  e. Faire de l'exercice?  f. Arrêter de fumer?</p>	<p style="text-align: right;">OUI    NON    N/A</p> <p>MEDICAMENTS                    1    2    3  CONTRÔLE POIDS                1    2    3  REDUIRE SEL . . . . .        1    2    3  PLANTES                            1    2    3  EXERCICE                            1    2    3  ARRÊT FUMER                    1    2    3</p>									
1014	<p>Vous a-t-il jamais été dit par un médecin ou n'importe quel autre agent de santé que vous avez le diabète ?</p>	<p>OUI . . . . . 1  NON . . . . . 2  NE SAIT PAS . . . . . 8</p>									
1015	<p>Avez-vous un parent de 1er degré (père, mère, frère ou sœur) qui souffre de diabète ou de l'hypertension artérielle ?</p>	<p>OUI A UN PARENT DIABETIQUE . . . . . A  OUI A UN PARENT HYPERTENDU . . . . . B  NON N'A AUCUN PARENT MALADE . . . . . C  NE SAIT PAS . . . . . X</p>									
1016	<p>ENREGISTER L'HEURE.</p>	<p>HEURE . . . . . <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  MINUTES . . . . . <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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									
1017	<p>VÉRIFIER 101E ET 564:</p> <p>A ACCEPTÉ LES DEUX PRISES DE LA TENSION ARTÉRIELLE à Q101E ET Q564 <input type="checkbox"/></p>	<p>AUTRE <input type="checkbox"/> → 1101</p>									
1018	<p>Puis-je mesurer votre tension artérielle en ce moment ?</p> <p>SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE DATE</p> <p>_____</p> <p>L'ENQUÊTÉ ACCEPTE LA MESURE <input type="checkbox"/> → ENREGISTRER LE RÉSULTAT DE LA MESURE DE LA TENSION ARTÉRIELLE</p> <p>L'ENQUÊTÉ REFUSE LA MESURE <input type="checkbox"/> → ENREGISTRER 9994</p>	<p><b>TENSION ARTÉRIELLE</b></p> <p>SYSTOLIQUE/MAX . . . . . 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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE/MIN . . . . . 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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p><b>RAISON POUR LAQUELLE LA PRESSION N'A PAS ÉTÉ MESURÉE.</b></p> <p>REFUSÉ '9994  PROBLÈMES TECHNIQUES '9995  AUTRES _____ '9996  (À SPÉCIFIER)</p>									



## SECTION 11. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1101	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1103
1102	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	→ 1201
1103	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1109
1104	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	→ 1106
1105	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1107	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	
1108	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL _____ 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1109	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 :  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 1996 OU PLUS TARD ↓  N'A AUCUNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 1996 OU PLUS TARD		→ 1116

	<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 1996 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1110	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (2<sup>è</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>è</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>
1111	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>
1112	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>
1113	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?</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>
1114	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION..... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION..... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
1115		<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>

1110	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1996 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 <sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1111	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1111 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)
1112	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
1113	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?  INSISTEZ : la zone génitale a-t-elle été fermée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
1114	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION..... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITION..... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION..... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/ ..... SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ ..... 26 _____ PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98
1115		RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1116	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
1117	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?	CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8		

## SECTION 12. FISTULE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1201	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.  Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1203
1202	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1301
1203	Est-ce-que ce problème est arrivé après un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1205
1204	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?  PRÉCISEZ.	AGRESSION SEXUELLE ..... 1 OPÉRATION DU PELVIS ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	→ 1207 → 1208
1205	Est-ce que ce problème est arrivé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ..... 2	
1206	Est-ce-que ce bébé est né vivant ?	OUI, BÉBÉ EST NÉ VIVANT ..... 1 NON, BÉBÉ N'EST PAS NÉ VIVANT ..... 2	
1207	Combien de jours après [RÉPONSE À 1203 OU 1204] les pertes ont-elles commencé ?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCHE/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/>  (INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)	
1208	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1210
1209	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?  INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B TROP CHER ..... C TROP ÉLOIGNÉ ..... D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION ..... F GÉNÉE ..... G PROBLÈME A DISPARU ..... H AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 1301
1210	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2  AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
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 : 3ÈME MESURE ET MOYENNE DES TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
<b>1301A</b>	<b>VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE</b>  <b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 1</b>	<b>SI SÉLECTION MÉNAGE = 2</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1314
1301	VÉRIFIER Q564 ET Q1018 :  TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE MESURÉE À Q564 ET Q1018	TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE N'A PAS ÉTÉ MESURÉE À Q564 ET Q1018	1307
1302	ENREGISTRER ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA TENSION ARTERIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE A PARTIR DE Q564 ET Q1018.		
1303	TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉE À Q564	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1304	TENSIONS ARTÉRIELLES MESURÉE À Q1018	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1305	ENREGISTRER LA SOMME DES TENSIONS SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES MESURÉES À Q101E DIASTOLIQUES MESURÉES À Q564 ET Q1018	SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1306	CALCULER LA MOYENNE DES TENSIONS SYSTOLIQUES ET DIASTOLIQUES MESURÉES EN DIVISANT LA SOMME À 1305 PAR 2	MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 1311
1307	VÉRIFIER Q1018 :  TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1018	À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q1018	1310
1308	VÉRIFIER Q564 :  TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q564	À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q564	1310
1309	VÉRIFIER Q101E :  TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q101E	À LA FOIS TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q101E	1313
1310	ENREGISTRER LA TENSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE	SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

N°

QUESTIONS ET FILTRES

CODES

1311

UTILISER LA TABLE CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE APPROPRIÉ À ENREGISTRER DANS LE BILAN DE TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE

ENCERCLER LA LIGNE SUR LAQUELLE SE SITUE LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE DÉCLARÉE À Q1306 OU À Q1310

PUIS ENCELER LA COLONNE SUR LAQUELLE SE SITUE LA VALEUR DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE DÉCLARÉE À Q1306 OU À Q1310

LA VALEUR CORRESPONDANT AU CROISEMENT DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE QUE VOUS AVEZ ENCELERÉ DANS LA TABLE SERA UTILISÉE POUR REMPLIR Q1312

MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE	MOYENNE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE					
	< 84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120
< 130	1	2	3	4	5	6
130-139	2	2	3	4	5	6
140-159	3	3	3	4	5	6
160-179	4	4	4	4	5	6
180-209	5	5	5	5	5	6
≥ 210	6	6	6	6	6	6

1312

À Q1311. SE SERVIR ENSUITE DES INSTRUCTIONS CONSIGNÉES À DROITE DE CE CHIFFRE POUR COMPLÉTER LE BILAN DE TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNER LA FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ENQUÊTÉE ET REpondre AUX QUESTIONS QU'IL/ELLE POURRAIT AVOIR.

	TYPE DE TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ	CONSULTER LE CARNET DE SANTE POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS LA LIMITE DE :
1	NORMAL	<b>24 MOIS</b>
2	AU NIVEAU LE PLUS ÉLEVÉ DE LA TRANCHE NORMALE	<b>12 MOIS</b>
3	AU-DESSUS DE LA TRANCHE NORMALE	<b>2 MOIS</b>
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉ	<b>1 MOIS</b>
5	TRÈS ÉLEVÉ	<b>7 JOURS</b>
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉ	<b>AUJOURD'HUI</b>

1313

VERIFIER QUE LE CHEF DE MENAGE A REÇU UNE BROCHURE TRAITANT DE LA TENSION ARTÉRIELLE. REMERCIER L'ENQUÊTÉ ET L'AVERTIR QUE LES AUTRES MEMBRES DU MÉNAGE OU LUI-MÊME POURRAIENT ÊTRE DE NOUVEAU SOLlicitÉS POUR PARTICIPER AUX INTERVIEWS OU À D'AUTRES ENQUÊTES À L'AVENIR.

Merci d'avoir pris le temps de répondre à ces questions.

Nous pourrions revenir pour interroger d'autres membres de votre ménage ou vous-même ou pour vous demander de participer à d'autres enquêtes à l'avenir.

Nous espérons que vous accepterez à ce moment là.

1314

ENREGISTREZ L'HEURE DE FIN D'INTERVIEW.

HEURE.....

MINUTES.....


# Enquête Démographique et de Santé du Bénin, 2011

## FICHE DE RÉFÉRENCE POUR LA TENSION ARTÉRIELLE

NOM \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

Tension artérielle: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Moyenne de deux mesures  
\_\_\_\_\_ Une seule mesure

*Lire la déclaration ci-dessous, puis encercler:*

(1) *Votre tension artérielle aujourd'hui est dans une limite acceptable (Systolique <130 et/ou Diastolique <85) . Nous vous recommandons de voir un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les deux prochaines années. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(2) *Votre tension artérielle aujourd'hui est acceptable, mais dans la limite élevée (Systolique 130 – 139 et/ou Diastolique 85 – 89) . Nous vous recommandons de consulter votre médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle au cours de la prochaine année. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(3) *Votre tension artérielle aujourd'hui est au dessus de la limite acceptable (Systolique 140 – 159 et/ou Diastolique 90-99) . Nous vous recommandons de consulter un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les deux mois qui suivent. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(4) *Votre tension artérielle est aujourd' hui modérément élevée (Systolique 160- 175 et/ou Diastolique 100-109) . Nous vous recommandons de consulter un médecin pour refaire la mesure de votre tension artérielle dans les 30 jours qui suivent. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(5) *Votre tension artérielle est aujourd' hui élevée (Systolique 180-209 et/ou Diastolique 110-119) . VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN DANS LA SEMAINE QUI SUIT POUR REFAIRE LA MESURE DE VOTRE TENSION ARTÉRIELLE. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

(6) *Votre tension artérielle aujourd' hui est très élevée (Systolique  $\geq$  210 et/ou Diastolique  $\geq$  120) . VOUS DEVEZ CONSULTER UN MÉDECIN OU UN CENTRE HOSPITALIER IMMÉDIATEMENT POUR REFAIRE LA MESURE DE VOTRE TENSION ARTÉRIELLE. Vous devez présenter cette fiche au médecin.*

Votre tension artérielle a été mesurée par un personnel formé. Ces mesures ont été effectuées dans le cadre d'une enquête et ne représente donc pas un diagnostique médical. Une interprétation appropriée de ces mesures doit être faite par un médecin.

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'EQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_



INSTRUCTIONS:  
 UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
 UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. \*\*

- N NAISSANCES
- G GROSSESSES
- F FIN DE GROSSESSE
- 0 AUCUNE MÉTHODE
- 1 STÉRILISATION FÉMININE
- 2 STÉRILISATION MASCULINE
- 3 DIU
- 4 INJECTABLES
- 5 IMPLANTS
- 6 PILULE
- 7 CONDOM
- 8 CONDOM FÉMININ
- 9 DIAPHRAGME
- J MOUSSE OU GELÉE
- K MAMA
- L MÉTHODE DU RYTHME
- M RETRAIT
- X AUTRE MÉTHODE MODERNE
- Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

- 0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT
- 1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT
- 2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE
- 3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE
- 4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
- 5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
- 6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
- 7 COÛTE TROP CHER
- 8 PAS PRATIQUE À UTILISER
- F FATALISTE
- A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
- D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
- X AUTRE \_\_\_\_\_  
(PRÉCISEZ)
- Z NE SAIT PAS

			1	2	
12	DEC	01			
11	NOV	02			
10	OCT	03			
09	SEP	04			
2	08	AOUT	05		2
0	07	JUILLET	06		0
1	06	JUIN	07		1
1	05	MAI	08		1
*	04	AVRIL	09		*
	03	MARS	10		
	02	FEV	11		
	01	JAN	12		
<hr/>					
12	DEC	13			
11	NOV	14			
10	OCT	15			
09	SEP	16			
2	08	AOUT	17		2
0	07	JUILLET	18		0
1	06	JUIN	19		1
0	05	MAI	20		0
*	04	AVRIL	21		*
	03	MARS	22		
	02	FEV	23		
	01	JAN	24		
<hr/>					
12	DEC	25			
11	NOV	26			
10	OCT	27			
09	SEP	28			
2	08	AOUT	29		2
0	07	JUILLET	30		0
0	06	JUIN	31		0
9	05	MAI	32		9
*	04	AVRIL	33		*
	03	MARS	34		
	02	FEV	35		
	01	JAN	36		
<hr/>					
12	DEC	37			
11	NOV	38			
10	OCT	39			
09	SEP	40			
2	08	AOUT	41		2
0	07	JUILLET	42		0
0	06	JUIN	43		0
8	05	MAI	44		8
*	04	AVRIL	45		*
	03	MARS	46		
	02	FEV	47		
	01	JAN	48		
<hr/>					
12	DEC	49			
11	NOV	50			
10	OCT	51			
09	SEP	52			
2	08	AOUT	53		2
0	07	JUILLET	54		0
0	06	JUIN	55		0
7	05	MAI	56		7
*	04	AVRIL	57		*
	03	MARS	58		
	02	FEV	59		
	01	JAN	60		
<hr/>					
12	DEC	61			
11	NOV	62			
10	OCT	63			
09	SEP	64			
2	08	AOUT	65		2
0	07	JUILLET	66		0
0	06	JUIN	67		0
6	05	MAI	68		6
*	04	AVRIL	69		*
	03	MARS	70		
	02	FEV	71		
	01	JAN	72		

\* On suppose que l'année de l'enquête sera 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, l'année de départ devra être adaptée à 2006 ou 2007.

\*\* Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.