

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ EDSC-III 2004
QUESTIONNAIRE FEMME

MINISTRE DES AFFAIRES ECONOMIQUES, DE LA PROGRAMMATION
ET DE L'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE
Institut National de la Statistique

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail - Patrie

IDENTIFICATION																
PROVINCE _____	PROVINCE	<table border="1" style="width:100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> <tr><td style="width:25px; height:25px;"></td><td style="width:25px; height:25px;"></td></tr> </table>														
DEPARTEMENT _____	STRATE															
ARRONDIS./DISTRICT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2 AUTRES VILLES = 3 ; RURAL = 4															
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	GRAPPE															
VILLAGE _____	STRUCTURE															
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	MENAGE															
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	No. DE LIGNE DE LA FEMME															
NOM DE LA FEMME _____																
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: EST-CE QUE LE MENAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LES QUESTIONS SUR L'EXCISION/TESTS DU VIH ET L'ANEMIE/L'ANTHROPOMETRIE? (OUI=1, NON=2).....		<input type="checkbox"/>														
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: EST-CE QUE LE MENAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LES QUESTIONS SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE" ? SI 'NON', INSCRIVEZ '2' DANS LA CASE DE DROITE.		<input type="checkbox"/>														
SI 'OUI': VÉRIFIER TABLEAU 35A POUR LA SÉLECTION DES FEMMES ÉLIGIBLES POUR LA SECTION SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE". LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? SI 'OUI', INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON', INSCRIVEZ '2'.		<input type="checkbox"/>														

VISITES D'ENQUÊTRICE						
	1	2	3	VISITE FINALE		
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width:20px; height:20px; text-align: center;">2</td><td style="width:20px; height:20px; text-align: center;">0</td></tr></table> CODE RÉSULTAT	2	0
2	0					
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____			
RÉSULTAT*	_____	_____	_____			
PROCHAINE VISITE : DATE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>		
HEURE	_____	_____	_____			
*CODES RÉSULTAT :						
1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____ (PRÉCISER)				
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT					
3 DIFFÉRE	6 INCAPACITÉ					
LANGUE DU QUESTIONNAIRE FRANÇAIS = 1 / ANGLAIS = 2				<table border="1" style="width:20px; height:20px;"></table>		
LANGUE DE L'INTERVIEW**				<table border="1" style="width:20px; height:20px;"></table>		
INTERPRETE : OUI = 1 / NON = 2				<table border="1" style="width:20px; height:20px;"></table>		
**CODES LANGUE : 1 FRANCAIS / 2 ANGLAIS / 3 FUFULDE / 4 EWONDO / 5 PIDGIN / 6 AUTRES						
CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR		
NOM _____	NOM _____					
DATE _____	DATE _____					

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. En collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 2 →FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																														
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....																															
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger ? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE 1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER 2 AUTRE VILLE/PTE. VILLE ETRANGER 3 RURAL/RURAL ETRANGER..... 4 ETRANGER SANS PRECISION 5																															
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS..... 95 VISITEUR..... 96	↳105																														
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger ? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE 1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER 2 AUTRE VILLE/PTE. VILLE ETRANGER 3 RURAL/RURAL ETRANGER..... 4 ETRANGER SANS PRECISION..... 5																															
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NSP MOIS..... 98 ANNÉE NSP ANNÉE 9998																															
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ...																															
SI ÂGE < 15 ANS OU > 49 ANS, ARRETER L'INTERVIEW.																																	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI..... 1 NON 2	→111																														
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE..... 2 SUPÉRIEUR 3																															
*	<table border="0"> <tr> <td align="center">PRIMAIRE</td> <td align="center">SECONDAIRE</td> <td align="center">SUPERIEUR</td> </tr> <tr> <td>MOINS D'1 AN =0</td> <td>MOINS D'1 ANNEE =0</td> <td>MOINS D'1 AN = 0</td> </tr> <tr> <td>INFANT/CLASS 1 =1..... SIL</td> <td>FORM 1=16e/1 AN</td> <td>1ere AN..... = 1</td> </tr> <tr> <td>STAND 1/CLASS 2 =2..... CP</td> <td>FORM 2=25e/2 AN</td> <td>2e AN..... = 2</td> </tr> <tr> <td>STAND 2/CLASS 3 =3..... CE1</td> <td>FORM 3=34e/3 AN</td> <td>3e AN..... = 3</td> </tr> <tr> <td>STAND 3/CLASS 4 =4..... CE2</td> <td>FORM 4=43e/4 AN</td> <td>4e AN +..... = 4</td> </tr> <tr> <td>STAND 4/CLASS 5 =5..... CM1</td> <td>FORM 5=5 ..SECONDE</td> <td>NSP..... = 8</td> </tr> <tr> <td>STAND 5/CLASS 6 =6..... CM2</td> <td>LOW. 6th FORM=6 .PREMIERE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>STAND 6/CLASS 7 =7..... -</td> <td>UPP. 6th FORM=7 TERMINALE</td> <td></td> </tr> <tr> <td>NSP=8</td> <td>NSP=8</td> <td></td> </tr> </table>	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR	MOINS D'1 AN =0	MOINS D'1 ANNEE =0	MOINS D'1 AN = 0	INFANT/CLASS 1 =1..... SIL	FORM 1=16e/1 AN	1ere AN..... = 1	STAND 1/CLASS 2 =2..... CP	FORM 2=25e/2 AN	2e AN..... = 2	STAND 2/CLASS 3 =3..... CE1	FORM 3=34e/3 AN	3e AN..... = 3	STAND 3/CLASS 4 =4..... CE2	FORM 4=43e/4 AN	4e AN +..... = 4	STAND 4/CLASS 5 =5..... CM1	FORM 5=5 ..SECONDE	NSP..... = 8	STAND 5/CLASS 6 =6..... CM2	LOW. 6 th FORM=6 .PREMIERE		STAND 6/CLASS 7 =7..... -	UPP. 6 th FORM=7 TERMINALE		NSP=8	NSP=8			
PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR																															
MOINS D'1 AN =0	MOINS D'1 ANNEE =0	MOINS D'1 AN = 0																															
INFANT/CLASS 1 =1..... SIL	FORM 1=16e/1 AN	1ere AN..... = 1																															
STAND 1/CLASS 2 =2..... CP	FORM 2=25e/2 AN	2e AN..... = 2																															
STAND 2/CLASS 3 =3..... CE1	FORM 3=34e/3 AN	3e AN..... = 3																															
STAND 3/CLASS 4 =4..... CE2	FORM 4=43e/4 AN	4e AN +..... = 4																															
STAND 4/CLASS 5 =5..... CM1	FORM 5=5 ..SECONDE	NSP..... = 8																															
STAND 5/CLASS 6 =6..... CM2	LOW. 6 th FORM=6 .PREMIERE																																
STAND 6/CLASS 7 =7..... -	UPP. 6 th FORM=7 TERMINALE																																
NSP=8	NSP=8																																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevée à ce niveau ?*	ANNEE <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE / MALVOYANT 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
117	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT 2 MUSULMAN 3 ANIMISTE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) AUCUNE 7	
118	Quelle est votre ethnie ? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. LAISSER LES CASES DE CODIFICATION VIDES. POUR LES ETRANGERS, ENREGISTRER « ETRANGER »	<input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON..... 2	→206								
202	Avez-vous des fils ou 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 ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '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 en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <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 une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON..... 2	→208								
207	Combien de fils sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS 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>									
207A	Avez-vous eu d'autres enfants qui sont nés vivants mais qui sont morts après quelques minutes, quelques heures, ou quelques jours ?	OUI 1 NON..... 2	→208								
207B	CORRIGER Q207 PUIS CONTINUER AVEC LA QUESTION 208.										
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/>		→226								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.
NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

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/suivant) enfant ? (NOM)	Parmi ces naissances, y'avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire -saire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	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	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
03	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
04	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
05	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
06	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
07	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2
08	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 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° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER 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 NON 2

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 suivant enfant ? (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire -saire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANÉES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
09	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI..... 1 (AJOUTER LA NAISSANCE À Q212) ↙ NON 2
223	COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1999 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="checkbox"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI1 NON.....2 PAS SÛRE8	↳228A
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ.....1 PLUS TARD2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT3	
228A	Avez-vous déjà eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI1 NON.....2	→237
228B	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228C	Parmi ces grossesses, combien ont abouti à : Un avortement provoqué ? Une fausse couche/avortement spontané ? Un mort-né ?	AVORTEMENT PROVOQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> FAUSSE COUCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MORT-NE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE) NOTER LA RÉPONSE DANS LES UNITÉS DE TEMPS UTILISÉES PAR L'ENQUÊTÉE.	IL Y A ... JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE RÈGLES996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS8	↳240
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES1 PENDANT LES RÈGLES2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES4 AUTRE _____6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8	

INSERER AIS Qs. 240, 241, 242



SECTION 3. PLANIFICATION FAMILIALE

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
 ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants. OUI1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI1 NON2	
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants. OUI1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI1 NON2	
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
04	DIU/STERILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
12	RHYTHME/ABSTINENCE PÉRIODIQUE/BILLINGS (Glaire cervicale) Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au cinquième jour après, pour éviter de tomber enceinte. OUI1 NON 2 ↘	OUI1 NON2	
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ? OUI1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI1 NON2 OUI1 NON2	
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI1 NON2	→329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE, <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON-POSÉE ▼	FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> _____	→311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼	ENCEINTE <input type="checkbox"/> _____	→329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI1 NON2	→329
311	Quelle méthode utilisez-vous ?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K ABSTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	Où a eu lieu la stérilisation ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESSIONNEL 21 HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22 CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESSIONNEL/MISSION 23 AUTRE PRIVÉ MEDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ? Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>									
316	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>									
316A	<p>Depuis quand avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?</p>										
316B	<p>VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :</p> <p>IL Y A EU À <u>215</u> UNE NAISSANCE OU À <u>230</u> UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNÉE</u> DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À <u>316/316A</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).</p>										
317	<p>VÉRIFIER 316/316A :</p> <p>L'ANNÉE EST 1999 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 1998 OU AVANT <input type="checkbox"/></p>		→327								
319	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01 →322</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02 →331</p> <p>PILULE03</p> <p>DIU/STÉRILET04</p> <p>INJECTIONS05</p> <p>IMPLANTS06</p> <p>CONDOM07</p> <p>CONDOM FÉMININ.....08</p> <p>DIAPHRAGME.....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE10</p> <p>MAMA11 →320A</p> <p>ABSTINENCE PÉRIODIQUE12</p> <p>RETRAIT13 } →331</p> <p>AUTRE MÉTHODE..... 96 }</p>									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ..... 12 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER)	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESSIONNEL 21 HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22 CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESSIONNEL/MISSION..... 23 CABINET MEDICAL 24 (PRÉCISER) PHARMACIE 25 AUTRE PRIVE MEDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE 31 BAR/BOITE DE NUIT 32 KIOSQUE 33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL 34 PARENTS/AMIS..... 35 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE 03 DIU..... 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS..... 06 CONDOM skip to 327, not 328 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA..... 11	→ 328 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou un agent de la planification familiale vous a déjà parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322 : <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> Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	→ 327
326	Est-ce qu'un agent de santé ou un agent de la planification familiale vous a déjà parlé d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCECLÉ À 311/311A, ENCECLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCECLÉES À 311/311A.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU/STÉRILET 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS..... 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA..... 11</p> <p>ABSTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE..... 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>
328	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCECLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITAL..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ..... 12</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESSIONEL 21</p> <p>HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE</p> <p>CONFESSIONNEL/MISSION..... 23</p> <p>CABINET MEDICAL _____ 24</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT..... 32</p> <p>KIOSQUE 33</p> <p>CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL. 34</p> <p>PARENTS/AMIS..... 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>
329	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>→ 331</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
330	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUS ENDROITS MENTIONÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITALA</p> <p>CENTRE DE SANTÉ..... B</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ C</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESSIONNELD</p> <p>HÔPITAL LAIC/ CLINIQUEE</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE CONFESSIONNEL/MISSION..... F</p> <p>CABINET MEDICAL _____ G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PHARMACIEH</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL _____ I</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE J</p> <p>BAR/BOITE DE NUITK</p> <p>KIOSQUEL</p> <p>CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL.. M</p> <p>PARENTS/AMIS.....N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
331	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	
332	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	→401
333	<p>Est-ce qu'un membre du personnel dans l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 1999 OU APRÈS <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 1999 OU APRÈS <input type="checkbox"/>	→487
402 INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 1999 OU APRES. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout ?	À CE MOMENT1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER À 423) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES.....2 <input type="text"/> NE SAIT PAS998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNÉES.....2 <input type="text"/> NE SAIT PAS998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI NON ENCERCLEZ CODE 'Y'	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN.....A INFIRMIÈR(E)/SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLED AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNEY (PASSER À 415) ←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
410	VERIFIER Q 409 : NOMBRE DE FOIS EN CONSULTATION DURANT LA GROSSESSE ?	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné du sang ? Avez-vous eu un toucher vaginal ?	POIDS 1 2 TAILLE..... 1 2 TENSION..... 1 2 URINE 1 2 SANG 1 2 TOUCHE VAGINALE 1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans l'épaule pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions avec les contractures après la naissance ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés ou gélules de fer ? MONTRER COMPRIMÉ OU GÉLULE.	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8	
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou gélules ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la tombée du jour, le lever du soleil, ou dans un endroit mal éclairé ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422	Quel était ce médicament ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	AMODIAQUINE/FLAVOQUINE/ CAMOQUINA FANSIDAR/MALOXINEB CHLOROQUINE/NIVAQUINEC QUININE/QUINIMAXD MÉDICAMENT INCONNUE AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SP/FANSIDAR..... A CHLOROQUINE B OTHER _____ X (SPECIFY) DON'T KNOW..... Z
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "A" NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)
422B	Combien de fois avez-vous pris de l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin pendant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
422C	VERIFIER 407 : TYPE DE PERSONNEL AYANT DONNÉ LES SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin au cours de visite prénatale, au cours d'autre visite dans une formation sanitaire, ou d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)	
423	Quand (NOM) est né(e), 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
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
425A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
426	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DETERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECINA</p> <p>INFIRMIÈR(E)/SAGE-FEMMEB</p> <p>AIDE SOIGNANTEC</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLED</p> <p>AMIS/PARENTSE</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNEY</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECINA</p> <p>INFIRMIÈR(E)/SAGE-FEMMEB</p> <p>AIDE SOIGNANTEC</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLED</p> <p>AMIS/PARENTSE</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNEY</p>
427	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESS 31</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE 32</p> <p>CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION 33</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESS 31</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE 32</p> <p>CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION 33</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p>
428	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 433) ←</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ←</p> <p>NON 2</p>
429	<p>Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (PASSER À 433) ←</p>	<p>OUI 1 (PASSER À 435) ←</p> <p>NON 2</p>
430	<p>Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ?</p> <p>ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.</p>	<p>JOURS APRÈS ACC 1</p> <p>SEMAINES APR ACC 2</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
431	<p>Qui vous a examinée à ce moment-là ?</p> <p>INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈR(E)/SAGE-FEMME 12</p> <p>AIDE SOIGNANTE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE 21</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ..... 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ CONFESS 31 HÔPITAL PRIVÉ LAIC/CLINIQUE 32 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION 33 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON..... 2	
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON..... 2 (PASSER À 437) ←	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 439) ← NAISSANCE MULTIPLES 3 (PASSER À 440) ←
436	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
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE ▼ (PASSER À 439) ←	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 440) ←	
439	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
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 447) ←	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 447) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 444) ←
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL)A EAUB EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ...C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES.....D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE.....E JUS DE FRUITF PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ..... G THÉ/INFUSIONS.....H MIEL I AUTRE _____ X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL).....A EAUB EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE .. C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE.....E JUS DE FRUITF PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ..... G THÉ/INFUSIONS..... H MIEL I AUTRE _____ X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446) ←
445	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON..... 2	OUI 1 (PASSER À 448) ← NON..... 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT .. <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 1999 OU APRES. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 483)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 483)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet ou une carte de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, ET LA DATE DE LA VITAMINE A LA PLUS RÉCENTE, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0..... P1..... P2..... P3..... D1 D2 D3 ROUG ... FIEV.J. ... VIT. A ...	JOUR MOIS ANNÉE BCG P0..... P1..... P2..... P3..... D1 D2 D3 ROUG ... FIEV. J. ... VIT. A ...

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) ← NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) ← NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE 1 PLUS TARD 2
463D	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"/>
463E	La vaccination du DTcoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI1 NON2 (PASSER À 472) ←	OUI1 NON2 (PASSER À 472) ←
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITALA CENTRE DE SANTÉB AUTRE PUBLIC _____ C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESSD HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUEE CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSIONF CABINET MEDICALG PHARMACIEH AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ I (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHEJ GUÉRISSEUR TRADITIONK AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITALA CENTRE DE SANTÉB AUTRE PUBLIC _____ C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESSD HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUEE CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSIONF CABINET MEDICALG PHARMACIEH AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ I (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHEJ GUÉRISSEUR TRADITIONK AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 'NON'/'NSP' À 466 <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 'NON'/'NSP' À 466 <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)
473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI1 NON2 (PASSER À 474A) ← NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À 474A) ← NE SAIT PAS8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTE.</p>	<p>MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN</p> <p>AMODIAQUINE / FLAVOQUINE/ CAMOQUIN.....A FANSIDAR / MALOXINE.....B CHLOROQUINE / NIVAQUINE.....C QUININE / QUINIMAX.....D MÉDICAMENT INCONNU.....E</p> <p>AUTRE _____ F (PRÉCISER)</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE.....G PARACETAMOL.....H AUTRE.....X NE SAIT PAS.....Z</p>	<p>MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN</p> <p>AMODIAQUINE/FLAVOQUINE/ CAMOQUIN.....A FANSIDAR/MALOXINE.....B CHLOROQUINE/NIVAQUINE.....C QUININE/QUINIMAX.....D MÉDICAMENT INCONNU.....E</p> <p>AUTRE _____ F (PRÉCISER)</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE.....G PARACETAMOL.....H AUTRE.....X NE SAIT PAS.....Z</p>
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	<p>INJECTION.....A SUPPOSITOIRE.....B AUCUN.....Y NE SAIT PAS.....Z</p>	<p>INJECTION.....A SUPPOSITOIRE.....B AUCUN.....Y NE SAIT PAS.....Z</p>
474B	<p>VÉRIFIER 474 :</p> <p>AMODIAQUINE/FLAVOQUINE/ CAMOQUIN ?</p>	<p>CODE "A" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>CODE "A" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER À 474F)</p>	<p>CODE "A" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>CODE "A" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER À 474F)</p>
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin ?	<p>MEME JOUR.....1 LE JOUR SUIVANT.....2 DEUX JOURS APRES.....3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE.....4 NE SAIT PAS.....8</p>	<p>MEME JOUR.....1 LE JOUR SUIVANT.....2 DEUX JOURS APRES.....3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE.....4 NE SAIT PAS.....8</p>
474D	<p>Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin ?</p> <p>SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.</p>	<p>JOURS.....<input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	<p>JOURS.....<input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>
474E	<p>Aviez-vous l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ?</p> <p>SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :</p> <p>Où avez vous obtenu l'Amodiaquine/Flavoquine/Camoquin la première fois?</p>	<p>A LA MAISON.....1 AUTRE SOURCE.....2 NE SAIT PAS.....8</p>	<p>A LA MAISON.....1 AUTRE SOURCE.....2 NE SAIT PAS.....8</p>
474F	<p>VÉRIFIER 474 :</p> <p>FANSIDAR / MALOXINE?</p>	<p>CODE "B" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>CODE "B" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER À 474J)</p>	<p>CODE "B" ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>CODE "B" PAS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER À 474J)</p>
474G	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre le Fansidar / Maloxine ?	<p>MEME JOUR.....1 LE JOUR SUIVANT.....2 DEUX JOURS APRES.....3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE.....4 NE SAIT PAS.....8</p>	<p>MEME JOUR.....1 LE JOUR SUIVANT.....2 DEUX JOURS APRES.....3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE.....4 NE SAIT PAS.....8</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar / Maloxine? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474I	Aviez-vous le Fansidar / Maloxine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar / Maloxine la première fois?	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1
		AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : CHLOROQUINE / NIVAQUINE ?	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre la Chloroquine / Nivaquine ?	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1
		LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2
		DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3
		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la Chloroquine / Nivaquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474M	Aviez-vous la Chloroquine / Nivaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenue la Chloroquine / Nivaquine la première fois?	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1	A LA MAISON 1
		AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2	AUTRE SOURCE 2
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474N	VÉRIFIER 474 : QUININE / QUINIMAX ?	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre la Quinine / Quinimax ?	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1	MEME JOUR 1
		LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2	LE JOUR SUIVANT 2
		DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3	DEUX JOURS APRES 3
		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4	TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la Quinine / Quinimax ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/>
		NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8	NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474Q	<p>Aviez-vous la Quinine / Quinimax à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ?</p> <p>SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :</p> <p>Où avez vous obtenu la Quinine / Quinimax la première fois ?</p>	<p>A LA MAISON 1</p> <p>AUTRE SOURCE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>A LA MAISON..... 1</p> <p>AUTRE SOURCE 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
474R	<p>Est-ce quelque chose (d'autre) a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 475) ← </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 475) ← </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
474S	<p>Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?</p>	<p>CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL A</p> <p>TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B</p> <p>DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL A</p> <p>TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B</p> <p>DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
474T	<p>Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant la fièvre/les convulsions. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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>
474U	<p>Quand (NOM) a eu la fièvre/les convulsions, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURITURE 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
475	<p>Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 483) ← </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 483) ← </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
476	<p>Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP 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>
477	<p>Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP 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>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURITURE 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?		
		OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO (Sel de Rehydratation Orale)?	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8
b	Une bouillie légère faite à partir de riz (ou maïs, mil, igname, manioc, plantain) ?	BOUILLIE LEGERE..... 1 2 8	BOUILLIE LEGERE..... 1 2 8
c	Soupe par ex. soupe de carotte ?	SOUPE..... 1 2 8	SOUPE..... 1 2 8
d	Thé, tisane, feuilles de guave ?	THE, TISANE 1 2 8	THE, TISANE 1 2 8
e	Solution maison sucre-sel-eau (SSS) ?	SOL.SUCRE-SEL-EAU 1 2 8	SOL.SUCRE-SEL-EAU 1 2 8
f	Lait ou préparation pour bébé ?	LAIT/PREPAR. BEBE 1 2 8	LAIT/PREPAR. BEBE..... 1 2 8
g	Boisson à base de yaourt ?	BOISSON BASE YAOURT. 1 2 8	BOISSON BASE YAOURT. 1 2 8
h	Eau ?	EAU 1 2 8	EAU 1 2 8
i	N'importe quel autre liquide ?	AUTRES..... 1 2 8	AUTRES 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donnée pour traiter la diarrhée ?	OUI1 NON2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS8
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) à [NOM] pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTIONB (I.V.) INTRAVEINEUSEC REMÈDES MAISON/PLANTESD AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTIONB (I.V.) INTRAVEINEUSEC REMÈDES MAISON/ PLANTESD AUTRE _____ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI1 NON2 (PASSER À 483) ←	OUI1 NON2 (PASSER À 483) ←
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITALA CENTRE DE SANTÉ.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESSD HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUEE CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSIONF CABINET MEDICAL..... G PHARMACIEH AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ I (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE J GUÉRISSEUR TRADITIONK AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITALA CENTRE DE SANTÉ.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESS D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUEE CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSIONF CABINET MEDICAL..... G PHARMACIE H AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ I (PRÉCISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE J GUÉRISSEUR TRADITIONK AUTRE _____ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 486.	RETOURNER À 456 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 486.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER																								
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/> _____ OU QUESTION NON-POSÉE.		→488																								
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple, Orasel, que l'on utilise pour traiter la diarrhée ? [MONTRER LE SACHET DE SRO]	OUI1 NON2																									
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> _____		→490																								
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER : Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI1 NON2 CELA DÉPEND3 PAS D'ENFANTS DE MOINS DE 18 ANS4																									
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ? Ne pas savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">UN GROS PROBLÈME</th> <th style="text-align: center;">PAS UN GROS PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OÙ ALLER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERMISSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSON. FEM.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		UN GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME	OÙ ALLER	1	2	PERMISSION	1	2	ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	TRANSPORT	1	2	ALLER SEULE	1	2	PERSON. FEM.	1	2	
	UN GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME																									
OÙ ALLER	1	2																									
PERMISSION	1	2																									
ARGENT	1	2																									
DISTANCE	1	2																									
TRANSPORT	1	2																									
ALLER SEULE	1	2																									
PERSON. FEM.	1	2																									
491	VÉRIFIER 215 ET 218 : A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2001 OU APRES ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2001 OU APRES ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> _____ ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) _____ (NOM)		→494																								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b Boisson de complément pour bébé, par exemple, Cerelac, farine de soja ?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal ?</p> <p>d Jus de fruit naturel ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses ?</p> <p>f Bouillon ou soupe ?</p> <p>g N'importe quel autre type de liquide.</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER : Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Aliments à base de céréales [par ex : mil, sorgho, maïs, riz, blé, ou autres céréales locales], sous forme de bouillie, pâte, boule, pain ou patates douces jaunes ou rouges ?</p> <p>b La courge (melon) rouge ou jaune, les carottes, ou les ignames rouges.</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, macabo, taro, ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes [par ex : épinard]?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A] ?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, plantain, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, œufs, termites, ou viande de la brousse tel que le gibier, etc. ?</p> <p>h Sauterelles, escargot, anguille, termites ou serpent ?</p> <p>i Légumes secs et légumineuses tels que le soja, arachides, sesame, petits poids ou haricots ?</p> <p>j Fromage ou yaourts ?</p> <p>k Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou du beurre [par ex. l'huile de palme/arachide/soja/coton/maïs] ?</p> <p>l N'importe quel autre type d'aliment solide ou semi-solide.</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p>
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	OUI1 NON2	
494A	<p>Quand est-ce que vous vous lavez les mains avec du savon/cendre ?</p> <p>Autre occasion ?</p> <p>ENTOURER TOUTES LES RÉPONSES MENTIONÉES SPONTANÉMENT. NE PAS SUGGERER AUCUNE RÉPONSE À L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>JAMAIS A</p> <p>AVANT PREP. NOURRITURE..... B</p> <p>AVANT DE NOURRIR ENFANTS..... C</p> <p>APRES TOILETTE D</p> <p>APRES ASSISTER ENFANT TOILETTE. E</p> <p>AUTRE X</p>	
496	<p>Fumez-vous ou consommez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac ?</p> <p>SI OUI : Que fumez-vous ou consommez-vous ?</p> <p>Autre chose ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>OUI, CIGARETTES A</p> <p>OUI, PIPE..... B</p> <p>OUI, AUTRE TABAC..... C</p> <p>NON Y</p>	

497	VÉRIFIER 496 : CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→498A
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
498A	Est-ce que vous avez eu une injection de n'importe quel genre au cours des trois derniers mois ?	OUI1 NON2	→498C
498B	Combien de fois avez-vous eu une injection au cours des trois derniers mois ?	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/>	
498C	Est-ce que vous avez déjà eu une transfusion de sang au cours de votre vie ?	OUI1 NON2	→501
498D	Combien de fois avez-vous été transfusé au cours des cinq dernières années ?	NOMBRE TRANFUSIONS <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme comme mari et femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme mari et femme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON 3	→510 →514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER 00'.	NOM _____ No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON 2	→510
508	Combien d'autres épouses/femmes a-t-il ?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→510
509	Êtes-vous la première, seconde, épouse/femme ?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme comme mari et femme une fois ou plus d'une fois ?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510 : MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS <input type="text"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire ? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/> ↓ Maintenant, nous allons 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 SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE..... 9998	→514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui ?	ÂGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains aspects de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez eus) ?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1ere FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE..... 95	→524
514A	VERIFIER 106 : L ÂGE 15-24 <input type="text"/> ↓ L'ÂGE 25-49 <input type="text"/>		→515
514B	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS/NE SE RAPPELLE PAS ... 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES	NOMBRE DE JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→523A
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI..... 1 NON 2	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER : Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ? SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02 C'EST UN AUTRE AMI 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04 C'EST UN PARENT 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→518D
518	Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? OU Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
518A	VERIFIER 106 : L'ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> L'ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>		→518D
518B	Quel âge a cet homme ?	ANS REVOLUS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→518D
518C	Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?	OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1 NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2 PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE LA FEMME..... 4 NE SAIT PAS 8	
518D	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez-vous bu de l'alcool ? SI OUI : Qui a bu ?	ENQUETEE SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEULEMENT 2 ENQUETEE ET PARTENAIRE..... 3 NON 4	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme ?	OUI..... 1 NON 2	→523A
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI..... 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
521	<p>Quelle est votre relation avec cet autre homme ?</p> <p>SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER :</p> <p>Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ?</p> <p>SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01</p> <p>C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 03</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04</p> <p>C'EST UN PARENT 05</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	→522D
522	<p>Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>OU</p> <p>Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p> <p>SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES..... 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
522A	<p>VERIFIER 106 :</p> <p>L'ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> L'ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/></p>		→ 522D
522B	<p>Quel âge a cet homme ?</p>	<p>ANS REVOLUS..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 522D
522C	<p>Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?</p>	<p>OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1</p> <p>NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2</p> <p>PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA DIFFERENCE 3</p> <p>PLUS JEUNE QUE LA FEMME..... 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
522D	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez-vous bu de l'alcool ?</p> <p>SI OUI : Qui a bu ?</p>	<p>ENQUETEE SEULEMENT 1</p> <p>PARTENAIRE SEULEMENT 2</p> <p>ENQUETEE ET PARTENAIRE..... 3</p> <p>NON 4</p>	
522E	<p>À part ces deux partenaires, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→ 523A
522F	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	
522G	<p>Quelle est votre relation avec cet autre homme ?</p> <p>SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER :</p> <p>Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ?</p> <p>SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01</p> <p>C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 03</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04</p> <p>C'EST UN PARENT 05</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	→ 522L

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
522H	<p>Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>OU</p> <p>Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p> <p>SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>SEMAINES..... 2 <input type="text"/></p> <p>MOIS 3 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 4 <input type="text"/></p>	
522I	<p>VERIFIER 106 :</p> <p>L'ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> L'ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/></p>		→ 522L
522J	<p>Quel âge a cet homme ?</p>	<p>ANS REVOLUS..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→ 522L
522K	<p>Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?</p>	<p>OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1</p> <p>NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2</p> <p>PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA</p> <p>DIFFERENCE 3</p> <p>PLUS JEUNE QUE LA FEMME 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
522L	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire aviez-vous bu de l'alcool ?</p> <p>SI OUI : Qui a bu ?</p>	<p>ENQUETEE SEULEMENT 1</p> <p>PARTENAIRE SEULEMENT 2</p> <p>ENQUETEE ET PARTENAIRE..... 3</p> <p>NON 4</p>	
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES.... <input type="text"/></p>	
523A	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels dans votre vie ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE EXACT.</p> <p>SI LE NOMBRE EST PLUS DE 95, ENREGISTRER '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES.... <input type="text"/></p>	
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HÔPITAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ..... B</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ C</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ CONFESIONNEL..... D</p> <p>HÔPITAL LAIC/ CLINIQUE..... E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE</p> <p>CONFESIONNEL/MISSION..... F</p> <p>CABINET MEDICAL..... G</p> <p>PHARMACIE..... H</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ I</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE..... J</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT..... K</p> <p>KIOSQUE..... L</p> <p>CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL... M</p> <p>AMIS/PARENTS..... N</p> <p>PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM..... O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
526	<p>Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un paquet de condoms ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8</p>	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→614
602	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 ET PAS ENCEINTE/ PAS SÛRE 5	→604 →614 →610 →608
603	VÉRIFIER 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 (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 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	→609 →614 →609
604	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→610
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→608
606	VÉRIFIER 603 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉEA</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILEE</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUMF</p> <p>ALLAITEMENT G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉESK</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS.. 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→614
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	→614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?</p>	<p>NON MARIÉE 11</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX 34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES . 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 614</p>
613	<p>Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
614	<p>VÉRIFIER 216 :</p> <p>A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>PAS D'ENFANT 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	<p>— 616</p> <p>— 616</p>
615	<p>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 ?</p>	<p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	
616	<p>Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?</p>	<p>APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3</p>	
617	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?</p> <p>À la télévision ?</p> <p>Dans des journaux ou magazines ?</p> <p>Affiche/Dépliant ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES 1 2 AFFICHE/DÉPLIANT 1 2</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
619	Au cours des derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI 1 NON 2	→ 621
620	Avec qui en avez-vous parlé ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE A MÈRE B PÈRE C SOEUR(S) D FRÈRE(S) E FILLE(S) F FILS G BELLE-MÈRE(S) H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 701
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 624
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
624	Maintenant je voudrais vous demander des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8	
625	Combien de fois, au cours des douze derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3	
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 701
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT 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"/>		→703 →707
702	Quel âge a eu votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI1 NON2	→706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE1 SECONDAIRE.....2 SUPÉRIEUR3 NE SAIT PAS8	→706
705	Quelle est la dernière (classe/année) qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/> NE SAIT PAS8	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. 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"/> <input type="text"/>	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI1 NON2	→710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI1 NON2	→710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI1 NON2	→719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites- vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE1 TERRE DE LA FAMILLE2 TERRE LOUÉE3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE4 TERRE DE MOITIÉ5	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																				
*	<p>PRIMAIRE</p> <p>MOINS D'1 AN=0 INFANT/CLASS 1 =1 SIL STAND 1/CLASS 2 =2 CP STAND 2/CLASS 3 =3 CE1 STAND 3/CLASS 4 =4 CE2 STAND 4/CLASS 5 =5 CM1 STAND 5/CLASS 6 =6 CM2 STAND 6/CLASS 7 =7 - NSP=8</p>	<p>SECONDAIRE</p> <p>MOINS D'1 ANNEE =0 FORM 1=16e/1 AN FORM 2=25e/2 AN FORM 3=34e/3 AN FORM 4=43e/4 AN FORM 5=5SECONDE LOW.6th FORM=6PREMIERE UPP. 6th FORM=7TERMINALE NSP=8</p>	<p>SUPERIEUR</p> <p>MOINS D'1 AN = 0 1ere AN = 1 2e AN = 2 3e AN = 3 4e AN + = 4 NSP = 8</p>																				
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE.....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 À SON COMPTE.....3																					
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2																					
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS.....3																					
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT.....3 PAS PAYÉE4	↳719																				
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5																					
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6																					
718A	En moyenne, quelle part de votre revenu consacrez-vous aux dépenses de votre ménage : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6																					
719	<p>Dans votre ménage, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :</p> <p>Vos propres soins de santé ?</p> <p>Les achats de choses importantes pour le ménage ?</p> <p>Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?</p> <p>Les visites à la famille ou parents ?</p> <p>Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?</p>	<p>ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6</p> <p>SOINS 1 2 3 4 5 6</p> <p>CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6</p> <p>QUOTID. 1 2 3 4 5 6</p> <p>VISITES 1 2 3 4 5 6</p> <p>NOURRIT. 1 2 3 4 5 6</p>																					
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE</th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÉS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</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> </tbody> </table>		PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.	ENFANTS <10	1	2	8	MARI	1	2	8	AUTRES HOMMES	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8	
	PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.																				
ENFANTS <10	1	2	8																				
MARI	1	2	8																				
AUTRES HOMMES	1	2	8																				
AUTRES FEMMES	1	2	8																				

721

Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :

Si elle sort sans le lui dire ?

SORTIR

OUI

NON

NSP

1

2

8

Si elle néglige les enfants ?

NÉGL. ENFANTS

1

2

8

Si elle se dispute avec lui ?

ARGUMENTE

1

2

8

Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?

REFUSER SEX.

1

2

8

Si elle brûle la nourriture ?

BRÛLER NOUR.

1

2

8

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI 1 NON..... 2	→817
801A	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801B	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801C	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801D	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801E	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en n'ayant pas du tout de rapports sexuels ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801F	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA par la sorcellerie ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801G	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	↓809
801H	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX.....A UTILISER DES CONDOMSB LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIREC LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS.....D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES.....E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES..F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELSG ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUESH ÉVITER TRANSFUSIONS SANGI ÉVITER INJECTIONSJ ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES ..K ÉVITER D'EMBRASSER.....L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUESM CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS.....N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PASZ	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	↓813

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	<p>Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis :</p> <p>Durant la grossesse ?</p> <p>Durant l'accouchement ?</p> <p>Durant l'allaitement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>DURANT GROSSESSE 1 2 8</p> <p>DURANT ACCOUCHEM. 1 2 8</p> <p>DURANT ALLAITEMENT 1 2 8</p>	
813	<p>VÉRIFIER 501 :</p> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION/ NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		→814A
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez) ?	OUI 1 NON..... 2	
814A	Si vous saviez qu'un commerçant ou un vendeur a le virus du SIDA, est-ce que lui acheteriez-vous des légumes frais ?	OUI 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE 8	
815	Si une personne de votre famille devient infectée par le virus qui cause le SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non ?	OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE 8	
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND..... 8	
816A	Est-ce qu'une enseignante qui a le virus du SIDA, mais qui n'est pas malade, devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	OUI CONTINUER 1 NON, PAS CONTINUER 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8	
816B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans à l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8	
816C	<p>VÉRIFIER 407:</p> <p>A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/></p> <p>Q.407 NON POSÉE ou PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1999 ou CODE 'Y' À Q.407 (PAS DE SOINS PRÉNATALS) <input type="checkbox"/></p>		→816I
816D	<p>Au cours d'une des visites prénatales que vous avez effectuée avant la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE Q.404), est-ce que quelqu'un vous a :</p> <p>dit que les enfants peuvent contracter le virus du SIDA par la mère ?</p> <p>parlé d'être testée pour le virus du SIDA ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>ENFANT-MÈRE..... 1 2</p> <p>TEST SIDA 1 2</p>	
816E	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez effectué un test du SIDA au cours de l'une de ces visites prénatales ?	OUI 1 NON..... 2	→816I
816F	Est-ce que, vous-même, vous avez demandé d'être testée, ou est-ce que le test vous a été proposé et vous avez accepté, ou est-ce que le test était obligatoire ?	A DEMANDE LE TEST 1 TEST PROPOSE ET ACCEPTE 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
816G	Je ne veux pas connaître les résultats du test, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats ?	OUI 1 NON..... 2	
816H	Est-ce que vous avez effectué un test du SIDA depuis que vous avez été testée au cours de votre grossesse ?	OUI 1 NON..... 2	→816K →816N
816I	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez déjà effectué un test pour voir si vous aviez le virus du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2	→816N
816J	Quand avez-vous été testée pour la dernière fois ?	MOINS DE 12 MOIS..... 1 12-23 MOIS 2 2 ANS OU PLUS 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816K	Où avez-vous effectué le dernier test ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ..... 12 AUTRE PUBLIC _____ 13 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESS 21 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE 22 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION 23 CABINET MEDICAL 24 PHARMACIE 25 AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER)	
816L	La dernière fois que vous avez effectué le test, est-ce que, vous-même, vous avez demandé d'être testée, ou est-ce que le test vous a été proposé et vous avez accepté, ou est-ce que le test était obligatoire ?	A DEMANDE LE TEST 1 TEST PROPOSE ET ACCEPTE 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
816M	Je ne veux pas connaître les résultats du test, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats ?	OUI 1 NON..... 2	
816N	Est-ce que vous avez déjà entendu parlé de CPDV (Centre de Prévention et Dépistage Volontaire) ?	OUI 1 NON..... 2	→ 817
816O	Est-ce que vous vous êtes déjà rendue à un CPDV ?	OUI 1 NON..... 2	
816P	VÉRIFIER 816E et 816I : À ÉTÉ DÉJÀ TESTÉE <input type="checkbox"/> JAMAIS TESTÉE <input type="checkbox"/>		→ 817
816Q	Avez-vous déjà effectué un test de SIDA dans un CPDV ?	OUI 1 NON..... 2	
817	Mis à part le SIDA, avez-vous entendu parler des (d'autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel ?	OUI 1 NON..... 2	→819A
818	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection sexuellement transmissible ? Un autre signe ou symptôme? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES..... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURES URINAIRES D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUE GÉNITALE H DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS K IMPUISSANCE..... L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES Y NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819	<p>Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection sexuellement transmissible ?</p> <p>Un autre signe ou symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES.....A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES.....B PERTES MALODORANTES.....C BRÛLURES URINAIRES.....D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE.....E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL.....G VERRUE GÉNITALE.....H DÉMANGEAISONS GÉNITALES.....I SANG DANS LES URINES.....J PERTE DE POIDS.....K DIFFICULTÉ DE TOMBER ENCEINTE/ D'AVOIR UN ENFANT.....L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES.....Y NE SAIT PAS.....Z</p>	
819A	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS (SI '00' ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>		→901
819B	<p>VÉRIFIER 817:</p> <p>A ENTENDU PARLÉ DE INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS ENTENDU PARLÉ DE INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→819D
819C	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une infection que vous avez contractée sexuellement?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8</p>	
819D	<p>Quelques fois les femmes ont 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 NON.....2 NE SAIT PAS.....8</p>	
819E	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir 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 NON.....2 NE SAIT PAS.....8</p>	
819F	<p>VÉRIFIEZ 819C, 819D ET 819E:</p> <p>'OUI' À Q.819C, D OU E A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' OU NSP À Q.819C, D, ET E N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/></p>		→819L
819G	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E), avez-vous recherché un conseil ou un traitement auprès d'un personnel de santé?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→819I

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819H	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement médical? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ..... B AUTRE PUBLIC _____ C (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIV.CONFESS D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION F CABINET MEDICAL..... G PHARMACIE H AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ I (PRÉCISER)	
819I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D ET/OU 819E), en avez vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES 3	
819J	Quand vous avez eu (INFECTION DE PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE(S) DÉJÀ INFECTÉ(S) 3 N'A PAS EU UN PARTENAIRE 4	} →819L
819K	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous.... Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	OUI NON ARRÊTÉ RAPPORTS 1 2 UTILISÉ CONDOM 1 2 PRIS MÉDICAMENTS. 1 2	
819L	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 justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une infection sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST 1 2 8 AUTRES FEMMES..... 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR.... 1 2 8	
819M	Quand une femme sait que son mari a une infection sexuellement transmissible, pensez-vous qu'il est légitime qu'elle demande d'utiliser un condom ?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS8	

SECTION 9 : MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901A	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON 2	→901H
901B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/>	
901C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/>	
901D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/>	
901E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/>	
901F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	OUI..... 1 NON 2	→901H
901G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	AUTRES ENFANTS..... <input type="text"/>	
901H	ADDITIONNER LES REPONSES À 901B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/>	
901I	VÉRIFIER 901H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 901A - 901H COMME IL SE DOIT.		
902	VÉRIFIER 901H: DEUX NAISSANCES <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/> (ENQUÊTÉE SEULE)		→1000 A
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/>	

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

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [6]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [6]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI..... 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1000A						

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[6] _____	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP..... 8 ↳ ALLER À [7]	OUI.....1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP.....8 ↳ ALLER À [8]	OUI1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [11]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON2	OUI1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON2	OUI1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI..... 1 NON 2	OUI.....1 NON2	OUI1 NON2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1000A						

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[11] _____	[12] _____	[13] _____	[14] _____	[15] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI..... 1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [13]	OUI 1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [14]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [15]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [16]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [14]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [15]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [16]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [13]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [14]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [15]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [16]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI..... 1 NON 2	OUI..... 1 NON2	OUI 1 NON2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [14]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [15]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [16]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1000A						

SECTION 10: L'EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1000A	VÉRIFIER PAGE COUVERTURE: CE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE SUR L'EXCISION? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→1100A
1001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision?	OUI1 NON2	→1003
1002	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?	OUI1 NON2	→1129
1003	Avez-vous été excisée, c'est-à-dire, vous a-t-on coupé une partie de vos organes génitaux externes?	OUI1 NON2	→1009
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous -a-t-on enlevé quelque chose des parties génitales?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→1006
1005	Vous-a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
1006	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
1007	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? SI MOINS D'UN AN NOTER '00'. SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT LA PETITE ENFANCE95 NE SAIT PAS98	
1008	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. <input type="checkbox"/> 11 ACCOUCHEUSE TRAD..... 12 AUTRE TRADITION..... 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR.....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS98	
1009	VÉRIFIER 214 et 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/>		→1019

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
1010	<p>VÉRIFIER 214 ET 216: À UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce que votre fille a subi ce genre de pratique?</p> <p>SI "OUI", NOTE '01' DANS LES CASES DE DROITES; SI "NON", ENCERCLER '95'</p>	<p>A DEUX FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique?</p> <p>SI "OUI": Combien? NOTER LE NOMBRE DANS LES CASES DE DROITES; SI "AUCUNE", ENCERCLER '95'</p>	<p>NOMBRE EXCISEES..... <input type="text"/></p> <p>AUCUNE FILLE EXCISEE95</p>	→1018
1011	<p>VÉRIFIER 1010: A UNE SEULE FILLE EXCISEE <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est le nom de votre fille qui a été excisée?</p> <p>_____ (NOM DE LA FILLE)</p> <p>VÉRIFIER 212 ET NOTER LE No DE LIGNE DE LA FILLE</p>	<p>A DEUX FILLES EXCISEES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Sur la quelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision?</p> <p>_____ (NOM DE LA FILLE)</p> <p>VÉRIFIER 212 ET NOTER LE No DE LIGNE DE LA FILLE</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE DE Q212..... <input type="text"/></p>	
1012	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.1011) à ce moment-là. A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	→1014	
1013	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>		
1014	Son vagin a -il été fermé par une couture?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>		
1015	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.1011) au moment de l'excision ? SI MOINS D'UN AN NOTER '00' SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/></p> <p>DURANT LA PETITE ENFANCE95</p> <p>NE SAIT PAS98</p>		
1016	Qui a procédé à l'excision ?	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. <input type="checkbox"/> 11 ACCOUCHEUSE TRAD..... 12</p> <p>AUTRE TRADITION..... 16 (PRÉCISER)</p> <p>PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR.....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....22</p> <p>AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS98</p>		
1017	Est-ce qu'au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.1011) l'un des problèmes suivants s'est-il produit? Saignements excessifs?	<p>OUI NON NSP</p> <p>SAIGNEMENT EXCESSIF1 2 8</p>	7	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	<p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale?</p> <p>La blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?</p>	<p>DIF. À URINER/ RETENTION URINE.....1 2 8</p> <p>GONFLEMENT1 2 8</p> <p>INFECTION1 2 8</p> <p>MAUVAISE CICATRISATION1 2 8</p>	<p>→1019</p>
1018	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <p>A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>A DEUX FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser votre fille?</p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ou certaines d'entre elles?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
1019	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE A</p> <p>RÉCONNAISSANCE SOCIALE B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE C</p> <p>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE .. D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME..... E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
1020	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées?</p> <p>INSISTER: Rien d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ .. A</p> <p>MOINS DE PROBLÈMES À L'ACCOUCHEMENT B</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR LA FEMME D</p> <p>DAVANTAGE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
1020A	<p>VÉRIFIER 1019:</p> <p>CODE 'D' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'D' ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		1021A
1021	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES.....1</p> <p>PAS D'EFFET2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
1021A	<p>VERIFIER 1019 ET 1020 :</p> <p>NI CODE 'F' (Q1019) NI CODE 'F' (Q1020) N' EST ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'F' (Q1019) OU 'F' (Q1020) ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→1023

1022	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1023	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?	MAINTENUE 1 DISPARAITRE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	
1024	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?	CONSERVÉE 1 ABANDONNÉE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	} → 1129

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1105	<p>Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>5A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/":</p> <p>a) vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes? OUI..... 1 → NON .. 2 ↴</p> <p>b) vous menace, vous ou quelqu'un proche de vous? OUI..... 1 → NON .. 2 ↴</p>	<p>5B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1106	<p>6A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire:</p> <p>a) vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>b) vous gifle ou torde le bras? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>c) vous frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>d) vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>f) vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>g) vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p> <p>i) vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas? OUI..... 1 → NON 2 ↴</p>	<p>6B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>d) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>e) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>f) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>g) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>h) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>i) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1107	<p>VÉRIFIER 1106:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→1109C
1108	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/ (ce ou ces comportements) s'est ou (se sont) produits pour la première fois?</p> <p>SI MOINS DE 1 AN, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ UNION95</p> <p>APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE.....96</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1109	<p>9A. Est-ce qu'à la suite d'un comportement quelconque, mais délibéré de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, il vous est arrivé d'avoir un des problèmes suivants ?:</p> <p>a) d'avoir des hématomes et meurtrissures? OUI..... 1 → NON2 ↴</p> <p>b) d'avoir une blessure, une fracture ou une entorse ? OUI..... 1 → NON2 ↴</p> <p>c) d'être allée chez le docteur ou dans un centre de santé à cause de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait? OUI..... 1 → NON2 ↴</p>	<p>9B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1109C	Est-ce que vous avez déjà dit ou fait quelque chose pour humilier ou menacer votre (derniers) mari/partenaire devant d'autres personnes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	→1110
1109D	Combien de fois au cours de 12 derniers mois avez-vous dit ou fait quelque chose pour le menacer ou humilier devant d'autres personnes?	<p>NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1110	Vous est-il déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	→1112
1111	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	<p>NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1112	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	→1114
1113	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	<p>TRÈS SOUVENT 1</p> <p>QUELQUEFOIS..... 2</p> <p>JAMAIS..... 3</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1114	<p>VÉRIFIER 1102:</p> <p>MARIÉE/VI AVEC UN HOMME/ SÉPARÉE/ DIVORCÉE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/ dernier) mari/partenaire vous a battue, giflée donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement?</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS DE RÉPONSE 6</p>	<p>→ 1119</p>
1115	<p>Qui vous a agressée physiquement de cette façon?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE A</p> <p>PÈRE B</p> <p>NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE C</p> <p>NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE D</p> <p>SOEUR E</p> <p>FRÈRE F</p> <p>FILLE G</p> <p>FILS H</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAIRE I</p> <p>AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL J</p> <p>EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL K</p> <p>BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) L</p> <p>BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) M</p> <p>AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE N</p> <p>AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE O</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE P</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE Q</p> <p>PROFESSEUR R</p> <p>EMPLOYEUR S</p> <p>ÉTRANGER T</p> <p>AUTRES X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1116	<p>VÉRIFIER 1115:</p> <p>PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1118</p>
1117	<p>Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement?</p>	<p>MÈRE 01</p> <p>PÈRE 02</p> <p>NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE 03</p> <p>NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE 04</p> <p>SOEUR 05</p> <p>FRÈRE 06</p> <p>FILLE 07</p> <p>FILS 08</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAIRE 09</p> <p>AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL 10</p> <p>EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL 11</p> <p>BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) 12</p> <p>BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) 13</p> <p>AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE 14</p> <p>AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE 15</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE 16</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE 17</p> <p>PROFESSEUR 18</p> <p>EMPLOYEUR 19</p> <p>ÉTRANGER 20</p> <p>AUTRES 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1118	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que cette personne vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95</p>	
1119	<p>VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q228A: NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES</p> <p>A EU AU MOINS UNE GROSSESSE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EU DE GROSSESSE <input type="checkbox"/></p> <p>[Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q228A= 2]</p>		<p>→ 1122</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
1120	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse?	OUI1 NON2	→1122	
1121	Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL..... A MÈRE B PÈRE C NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE . D NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE..... E SOEUR..... F FRÈRE..... G FILLE H FILS I DERNIER/EX-MARI/PARTENAIRE J AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL K EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL L BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) M BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI)..... N AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE ... O AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE ... P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE R PROFESSEUR S EMPLOYEUR T ÉTRANGER U AUTRES _____ X (PRÉCISER)		
1122	VÉRIFIER 1106, 1109, 1114 ET 1120: AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		→1126	
1123	Avez-vous essayé d'obtenir de l'aide?	OUI1 NON2	→1125	
1124	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE A PÈRE B SOEUR C FRÈRE D ACTUEL/DERNIER MARI/PARTENAIRE E AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL F OU EX-AMI/PARTENAIRE G BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) H BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI)..... I AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE J AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE K AMI(E)S L VOISINS M PROFESSEUR N EMPLOYEUR O AUTORITÉ RELIGIEUSE P MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICAL Q POLICE R AVOCAT/HOMME DE LOI S AUTORITÉ TRADITIONNELLE T SERVICE SOCIAL U ASSOCIATION DES FEMMES V AUTRES _____ X (PRÉCISER)		→1126
1125	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez jamais recherché de l'aide?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER01 INUTILE/PAS BESOIN02 FAIT PARTIE DE LA VIE03 PEUR DU DIVORCE/SÉPARATION04 PEUR D'ÊTRE PLUS BATTUE05 PEUR DE CRÉER PROBLÈMES À LA PERSONNE QUI LA BAT06 GÉNÉE07 VEUT PAS DÈSHONORER LA FAMIL ..08 AUTRES _____ 96 (PRÉCISER)		
1126	Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1126A	Connaissez-vous un service d'encadrement et d'appui aux femmes en difficulté?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	

REMERCIEZ ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES RELATIONS DANS LE MENAGE.

1127	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARÇE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON
	MARI	1	2	3
	AUTRES ADULTES HOMMES.....	1	2	3
	ADULTES FEMMES	1	2	3

1128 COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE.
SI LA SECTION 11 N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS.

1129	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____