



ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU CAMEROUN (EDSC 2018)
 QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																				
RÉGION	_____																			
DÉPARTEMENT	_____																			
ARRONDISSEMENT	_____																			
LOCALITÉ	_____																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE	_____																			
NUMÉRO DE GRAPPE			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE STRUCTURE			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE MÉNAGE			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME	_____			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME? (1=OUI, 2=NON)			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE RELATIONS DANS LE MÉNAGE? (1=OUI, 2=NON)			<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
VISITES D'ENQUÊTRICES																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </table>	2	0	1	8												
2	0	1	8																	
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		No ENQUÊT <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)																				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"><tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">2</td></tr></table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> INTERPRÈTE UTILISÉ (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					0	2														
0	2																			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 ANGLAIS 05 PIDGIN 02 FRANÇAIS 96 AUTRE 03 FUFULDE _____ 04 EWONDO (PRÉCISEZ)																				
CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLEUSE / CONTROLEUR																	
_____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: auto;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NUMÉRO																

100A	VÉRIFIEZ PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME? MÉNAGE N'EST PAS SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/> MÉNAGE EST SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/>	CONSENTEMENT
100B	VÉRIFIEZ QUESTIONNAIRE MENAGE COLONNE (7): ÂGE DE L'ENQUETEE ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/> ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/>	1533

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. En collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE, nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au CAMEROUN. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre aux questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____



No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<input type="text"/> <input type="text"/> → 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle RÉGION est-ce que vous viviez ?	ADAMAOUA 01 CENTRE (SANS YAOUNDÉ) 02 DOUALA 03 EST 04 EXTRÊME-NORD 05 LITTORAL (SANS DOUALA) 06 NORD 07 NORD-OUEST 08 OUEST 09 SUD 10 SUD-OUEST 11 YAOUNDÉ 12 À L'ETRANGER 96	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998			
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>			
107	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 111		
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4			
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>			
Codes pour Q.109					
	NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er Cycle	SECONDAIRE 2nd Cycle	SUPÉRIEUR
	ANNÉE/CLASSE	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00
		SIL/Class1 =01	6è/1ère A.T./Form 1 =01	2nde G ou T/Form 5 =01	1è année =01
		CP/CPS/class2 =02	5è/2è A.T./Form 2 =02	1ère G ou T/Lower 6 =02	2è année =02
		CE1/Class3 =03	4è/3è A.T./Form 3 =03	Terminale G ou T/Upper 6 =03	3è année =03
		CE2/Class4 =04	3è/4è A.T./Form4 =04		4è année ou + =04
		CM1/Class5 =05			
	CM2/Class6/7 =06				

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE 1er/2ème CYCLE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 113
111	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' EN CERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
114	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
115	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À			
122	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT 2 AUTRES CHRÉTIENS 3 _____ (PRÉCISEZ) MUSULMAN 4 ANIMISTE 5 AUTRE 6 _____ (PRÉCISEZ) AUCUNE 7				
123	Quelle est votre ethnie? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. LAISSER LES CASES DE CODIFICATION VIDES POUR LES ÉTRANGÈRES, ENREGISTRER « ÉTRANGÈRE »	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> _____				
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AUCUNE 00			→ 126	
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2				
126	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous avez eu peur de ne plus avoir assez de nourriture à manger?	OUI 1 NON 2				
127	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous ne pouviez pas manger des aliments nourrissants et bons pour la santé?	OUI 1 NON 2				
128	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous mangiez presque toujours la même chose?	OUI 1 NON 2				
129	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous avez dû sauter un repas?	OUI 1 NON 2				
130	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous n'avez pas mangé autant qu'il aurait fallu?	OUI 1 NON 2				
131	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, il n'y avait plus rien à manger à la maison?	OUI 1 NON 2				
132	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous aviez faim mais vous n'avez pas mangé?	OUI 1 NON 2				
133	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous n'avez rien mangé de toute la journée?	OUI 1 NON 2				

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) 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	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) 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> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie même pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE										
209A	VÉRIFIEZ 106: ÂGE DE L'ENQUÊTEE ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/> ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/>		→ 701								
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMENTS/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRI-VEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactly combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
06	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
07	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2013-2018	NOMBRE DE NAISSANCE! <input type="text"/> AUCUNE 0	
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
230A	Combien de grossesses de ce genre avez-vous eu?	NOMBRE DE GROSSESSES <input type="text"/> <input type="text"/>	
230B	Est-ce que la dernière grossesse de ce genre était une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né?	FAUSSE COUCHE 1 AVORTEMENT PROVOQUÉ 2 MORT-NÉ 3	
231	Quand est-ce que cette dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
232	VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/>		→ 234
		DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2012 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>	→ 239
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année la grossesse précédente de ce genre s'est-elle terminée ?	233A Est-ce que cette précédente grossesse de ce genre était une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand cette grossesse s'est terminée ?
	235 Depuis janvier 2013, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?		
01			<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS
			OUI 1 NON 2
			→ LIG SUIV. → 237
02	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	FAUSSE COUCHE . 1 AVORTEMENT PROVOQUÉ 2 MORT-NÉ . 3	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS
			OUI 1 NON 2
			→ LIG SUIV. → 237
03	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	FAUSSE COUCHE . 1 AVORTEMENT PROVOQUÉ 2 MORT-NÉ . 3	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS
			OUI 1 NON 2
			→ LIG SUIV. → 237
04	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	FAUSSE COUCHE . 1 AVORTEMENT PROVOQUÉ 2 MORT-NÉ . 3	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS
			OUI 1 NON 2
			→ LIG SUIV. → 237
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2013 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né ?		OUI 1 NON 2
			→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2013 ?		MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
238A	Est-ce que cette dernière grossesse de ce genre était une fausse-couche, un avortement provoqué ou un mort-né?		FAUSSE COUCHE 1 AVORTEMENT PROVOQUÉ 2 MORT-NÉ 3

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
239	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, SI DONNÉE)</p>	<p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
240	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où une femme a plus de chance de tomber enceinte ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>	<p>→ 242</p>								
241	<p>Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									
242	<p>Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une ou plusieurs années.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	Condom / préservatif. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
08	Condom / préservatif féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
09	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre dans les trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2

SECTION 3. CONTRACEPTION

10	<p>Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment et intensément le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode du rythme/abstinence périodique/Billings. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
14	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 314
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 314
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H PILULE DU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHMI L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 307 → 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ,</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PARABLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSARE PUBLIC 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMEN. 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(SPECIFY)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONN. 21</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESIONNEL 23</p> <p>CABINET MÉDICAL 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
308	<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></tr><tr><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><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>													<p>→ 315</p>
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><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><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>													<p>→ 315</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHMI 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 319 → 327 → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSARE PUBLIC 12 CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT 13 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (SPECIFY) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIOINNELLE 21 HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22 CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIOINNEL 23 PHARMACIE 24 CABINET MÉDICAL 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS/PARENTS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321 → 320
319	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 321
320	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 318 ET 319: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓</p> </div> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> </div> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
324	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHMI 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p align="center">_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSARE PUBLIC 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT 13</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p align="center">_____ 16 (SPECIFY)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIO... 21</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIO... 23</p> <p>PHARMACIE 24</p> <p>CABINET MÉDICAL 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p align="center">_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> ↓ AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> → 648		
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (ALLEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (ALLEZ À 426) ← NON 2
406	VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> ↓ a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> ↓ b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des consultations prénatales pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←	
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E)/SAGE-FEMME B AIDE-SOIGNANTE C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC C</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIIONNEL F</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC G</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIIONNEL H</p> <p>CABINET MÉDICAL I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>			
411	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 98			
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous effectué des consultations prénatales ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 98			
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :		OUI	NON	
	a) Vous a-t-on pris la tension ?	a) TENSION 1	1	2	
	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	b) URINE 1	1	2	
	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	c) SANG 1	1	2	
	d) Vous a-t-on pesé ?	d) POIDS 1	1	2	
	e) Vous a-t-on mesuré la taille ?	e) TAILLE 1	1	2	
	f) Vous a-t-on fait le toucher vaginal ?	f) TOUCHER VAG... 1	1	2	
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI 1			
		NON 2			
		(ALLEZ À 417) ←			
		NE SAIT PAS 8			
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS 8			
416	VÉRIFIEZ 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/>		AUTRE <input type="checkbox"/>	
		(ALLEZ À 420) ←		↓	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés/ gélules ou sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8	
421	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés/ gélules ou sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar/Maloxine pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar/Maloxine ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar/Maloxine durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS 6	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
426	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
427	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8
428	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
429	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM... B AIDE-SOIGNANTE C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME... B AIDE-SOIGNANTE C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D PARENT/AMI E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFessionNEL 31</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFessionNEL 33</p> <p>CABINET MÉDICAL 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 22</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFessionNEL 31</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFessionNEL 33</p> <p>CABINET MÉDICAL 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PASSEZ À 434) ←</p>												
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>												
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1</p> <p>APRÈS 2</p>												
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>												
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>												
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p>CODE</p> <p>11, 12, OR 96 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE													
		NOM _____	NOM _____													
435	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←														
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998														
437	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM... 12 AIDE-SOIGNANTE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														
438	Je voudrais maintenant vous parler d'exams de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8														
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998														

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____												
440	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM... 12 AIDE-SOIGNANTE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>(ALLEZ À 445) ←</p>													
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM... 12 AIDE-SOIGNANTE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL 31</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL 33</p> <p>CABINET MÉDICAL 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM .. 12</p> <p>AIDE-SOIGNANTE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL 31</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL 33</p> <p>CABINET MÉDICAL 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM... 12</p> <p>AIDE SOIGNANT 13</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE						
		NOM _____	NOM _____						
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 21 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22 CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL 31 HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32 CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL 33 CABINET MÉDICAL 34 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 457) ← NE SAIT PAS 8</p>							
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998</p>							
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN. 11 INFIRMIER(E)/SAGE-FEMM .. 12 AIDE-SOIGNANTE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ DU VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																								
		NOM _____	NOM _____																								
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIIONEL 31</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 32</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIIONEL 33</p> <p>CABINET MÉDICAL 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>																									
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SIGNES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON	1	2	8	b) TEMP	1	2	8	c) SIGNES	1	2	8	d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) CORDON	1	2	8																								
b) TEMP	1	2	8																								
c) SIGNES	1	2	8																								
d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																								
e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																								
458	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1</p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>																									
459	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>																								
460	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																								
461	VÉRIFIEZ 226:L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>																									

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←			
463	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	
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2		OUI 1 NON 2	
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←			
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>			
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2			
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2			
470	(NOM) a-t-il 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	
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.		RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2015-2018? UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2015-2018 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2015-2018	→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT'.. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																							
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width:20px; height:20px;"></td><td style="width:20px; height:20px;"></td></tr></table>																																																																																																																								
508A	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET/AUTRE DOCUMENT DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO)1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS (Rota) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS (Rota) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE/RUBEOLE (VAR/RR/RRO) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIEVRE JAUNE (VAA) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE				BCG							VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)							VACCIN POLIO ORAL (VPO)1							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 1							PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 2							PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 3							ROTAVIRUS (Rota) 1							ROTAVIRUS (Rota) 2							ROUGEOLE/RUBEOLE (VAR/RR/RRO) 1							FIEVRE JAUNE (VAA) 1							VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)								
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																							
BCG																																																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO)1																																																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3																																																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																										
PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 1																																																																																																																										
PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 2																																																																																																																										
PNEUMOCOQUE (Pneumo 13) 3																																																																																																																										
ROTAVIRUS (Rota) 1																																																																																																																										
ROTAVIRUS (Rota) 2																																																																																																																										
ROUGEOLE/RUBEOLE (VAR/RR/RRO) 1																																																																																																																										
FIEVRE JAUNE (VAA) 1																																																																																																																										
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																										
509A	VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À '[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 2' TOUT ENREGISTRÉ ?																																																																																																																									
	NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	→ 526A																																																																																																																							
510A	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI 1 (INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508A. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 526A)</p> <p>NON 2 NE SAIT PAS 8 (NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) (PUIS ALLEZ À 526A)</p>																																																																																																																								

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 526A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin DTCoq-HepB-Hib//penta c'est-à-dire une injection dans la cuisse ou la fesse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin DTCoq-HepB-Hib/penta ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse ou la fesse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole ou la RRO/RR, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	PLUS DE NAISSANCE EN 2015-2018 <input type="checkbox"/>	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2015-2018. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT'.. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 526B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES! 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin DTCoq-HepB-Hib//penta c'est-à-dire une injection dans la cuisse ou la fesse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin DTCoq-HepB-Hib/penta ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse ou la fesse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole ou la RRO/RR, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
524B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> AUTRES NAISSANCES EN 2015-2018 <input type="text"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) </div> <div style="text-align: center;"> PAS D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="text"/> 2015-2018 </div> </div>		→ 601

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2013-2018 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2013-2018 <input type="checkbox"/> → 648	
602	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2013-2018. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
605	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
606	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OUI ↓ NON/ <input type="checkbox"/> PAS POSÉ ↓ </p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT . . 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 QUANTIT . . 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT . . 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA 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 QUANTIT . . 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOUI 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: center;">(ALLEZ À 615) ←</p>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC/ PARAPUBLIC A</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC B</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ D (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL E</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ LAÏC F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL G</p> <p>CABINET MÉDICAL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ K</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL L</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS OU NON .. M</p> <p>GIC/ONG SANTÉ N</p> <p>RELAIS COMMUNAITR O</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC/ PARAPUBLIC A</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC B</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ D (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL E</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ LAÏC F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL G</p> <p>CABINET MÉDICAL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ K</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL L</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS OU NON .. M</p> <p>GIC/ONG SANTÉ N</p> <p>RELAIS COMMUNAITR O</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT..... <input type="checkbox"/>

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE								
		NOM _____			NOM _____								
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO?</p> <p>c) Un solution maison sucre-sel-eau (SSS) ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>		OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP				
		a) LIQUIDE SACHET SRO ..	1	2	8	a) LIQUIDE SACHET SRO ..	1	2	8				
		c) SOL.SUCRE-SEL-EAU ..	1	2	8	c) SOL.SUCRE-SEL-EAU ..	1	2	8				
		d) ZINC	1	2	8	d) ZINC	1	2	8				
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>		OUI	NON	NE SAIT PAS		OUI	NON	NE SAIT PAS				
			1	2	8		1	2	8				
			(ALLEZ À 618) ←			(ALLEZ À 618) ←							
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>TOUT 'NO' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE..... F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES..... I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE..... F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES..... I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>										
618	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8
			(ALLEZ À 620) ←			(ALLEZ À 620) ←							
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon pour le test?	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8
619A	Est-ce- que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8
620	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8	OUI	NON	NE SAIT PAS	1	2	8
			(ALLEZ À 623) ←			(ALLEZ À 623) ←							

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←		BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←		OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←		OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	
625	Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PARAPUBLIC HÔPITAL PUBLIC/ PARAPUBLIC A CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC B AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ D (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL E HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ LAÏC F CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL L VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS OU NON M GIC/ONG SANTÉ N RELAIS COMMUNAI TR O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PARAPUBLIC HÔPITAL PUBLIC/ PARAPUBLIC A CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ DISPENSAIRE PUBLIC B AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ D (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNEL E HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ LAÏC F CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONNEL G CABINET MÉDICAL H PHARMACIE I AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ K GUÉRISSEUR TRADITIONNEL L VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS OU NON M GIC/ONG SANTÉ N RELAIS COMMUNAI TR O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS EN CERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←		DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS EN CERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←	

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 634)	CODE 'A' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 634)
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 636)	CODE 'B' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 636)
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 640)	CODE 'C' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 640)
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('D' OU 'E') DONNÉE	CODE 'D' OU 'E' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'D' OU 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642)	CODE 'D' OU 'E' ENCERCLÉ ↓ <input type="checkbox"/>	CODE 'D' OU 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642)
641	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____	NOM _____	NOM _____	NOM _____
642	VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('F' OU 'G') DONNÉ	CODE 'F' OU 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'F' OU 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644)	CODE 'F' OU 'G' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'F' OU 'G' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644)
643	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
644	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('H') DONNÉ	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646)	CODE 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646)
645	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.		

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/></p>	<p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 649</p>
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2016-2018 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p>	<p>AUCUN <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 701</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
650	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.	OUI	NON	NSP	
	a) De l'eau simple?	a) 1	2	8	
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b) 1	2	8	
	c) Du bouillon clair?	c) 1	2	8	
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	d) 1	2	8	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input data-bbox="1084 575 1156 634" type="text"/>
	e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	e) 1	2	8	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE <input data-bbox="1084 714 1156 772" type="text"/>
	f) D'autres liquides ?	f) 1	2	8	
	g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	g) 1	2	8	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input data-bbox="1084 936 1156 995" type="text"/>
	h) Une préparation commerciale d'aliments enrichis pour bébés (ex. Cerelac, bledine, phosphatine, bledilac)?	h) 1	2	8	
	i) Couscous, pain, mil, le sorgho, maïs, riz, blé, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1	2	8	
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1	2	8	
	k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, patates douces blanches, taro, macabo, ou préparations à base de tubercules ou racines ?	k) 1	2	8	
	l) Des feuilles de manioc, de haricots, de choux vert frisé, d'épinards, de piments, de taro, d'amarante ou d'autres légumes à feuilles vert foncé frais ou séchés?	l) 1	2	8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues, papayes mûres, avocats, oranges, goyaves, ananas?	m) 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes frais ou séchés (exemples:bananes, pomme, compote de pomme, plantain, haricots verts, tomates, gombo) ?	n) 1 2 8	
	o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
	p) De la viande de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) 1 2 8	
	q) Des oeufs ?	q) 1 2 8	
	r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r) 1 2 8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, soja, lentilles ou noix ?	s) 1 2 8	
	t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ?	t) 1 2 8	
	u) Une préparation à base d'huile de palme rouge, de noix de palme ou de sauce de pulpe de noix?	u) 1 2 8	
	v) Des larves, escargots, insectes ou autres types de nourriture contenant des protéines?	v) 1 2 8	
	w) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	w) 1 2 8	
651	VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'w'): PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 653
652	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS (PUIS CONTINUEZ AVEC 653) NON 2	→ 654
653	Combien de fois (NOM DE 649) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
654	La dernière fois que (NOM DE 649) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRIN. 01 A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02 A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 A JETÉ AUX ORDURES 04 A ENTERRÉ 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 704
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 712
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 709
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 709
707	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 731
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 716 → 727

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																
715	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																				
716	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom/préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ←																																																
717	Un condom/préservatif a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2																																																
718	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLEZ '2' SI NON, ENCERCLEZ '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)																																																
719	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	IL Y A JOURS . 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
720	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
721	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
722	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1] (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 724) ←	OUI 1] (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 724) ←	
723	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LES 12 DERNIERS MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
724	VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/>	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>	→ 727												
725	VÉRIFIEZ 701: PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 727												
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI 1 NON 2													
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98													
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ <input type="checkbox"/>	NON, CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ <input type="checkbox"/> QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 731 → 731												
730	Où vous étiez-vous procuré le condom/préservatif la dernière fois ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ / DISPENSAIRE PUBLIC 12 CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT 13 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESIONNE 21 HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22 CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESIONNEL 23 CABINET MÉDICAL 24 PHARMACIE 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ 31 KIOSQUE/CAISSE 32 VENDEUR AMBULANT 33 BAR/BOÎTE DE NUIT 34 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 35 AMIS/PARENTS 36 HOTEL /MOTEL/AUBERGE 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98													
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES	1	2													
732	VÉRIFIEZ 106: ÂGE DE L'ENQUÊTÉE ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/>	ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/>	→ 901												

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 813
802	VÉRIFIEZ 226: ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE	→ 804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 805 → 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN... 994 APRÈS LE MARIAG 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 811 → 813 → 811
806	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 812
807	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓	UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT	→ 813
808	VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS ↓ PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓ '00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE		→ 812
809	VÉRIFIEZ 714: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU <input type="checkbox"/> MOIS ↓	IL Y A DES <input type="checkbox"/> ANNÉES PAS <input type="checkbox"/> POSÉE	→ 811 → 811

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>INREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDRO N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓ NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓ OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p>		→ 813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓ AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN 00 → 815</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	
814	<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 PEU 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 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ? e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur les affiches ou panneaux publicitaires ?	OUI NON a) RADIO 1 2 b) TÉLÉVISION 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2 d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2 e) AFFICHES OU PANNEAUX PUBL..... 1 2	
817	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> OUI, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> NON, <input type="checkbox"/>		→ 901
818	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/>		→ 820 → 822
819	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	→ 821
820	Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
821	VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 901
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	

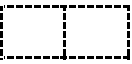
SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN <input type="checkbox"/> UNION	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 913
911	Bien que vous n'avez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917

Codes pour Q.905

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er Cycle	SECONDAIRE 2nd Cycle	SUPÉRIEUR
ANNÉE/CLASSE	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00
	SIL/Class1 =01	6è/1ère A.T./Form 1 =01	2nde G ou T/Form 5 =01	1è année =01
	CP/CPS/class2 =02	5è/2è A.T./Form 2 =02	1ère G ou T/Lower 6 =02	2è année =02
	CE1/Class3 =03	4è/3è A.T./Form 3 =03	Terminale G ou T/Upper 6 =03	3è année =03
	CE2/Class4 =04	3è/4è A.T./Form4 =04		4è année ou + =04
	CM1/Class5 =05			
	CM2/Class6/7 =06			

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Pour ce travail, êtes-vous payée en argent ou en nature ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT <input type="checkbox"/> AVEC UN HOMME ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 925
918	VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou vous et votre (mari/partenaire) ensemble ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENSEMBLE ENQUÊTÉE ET MARI / PARTENAIF .. 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus d'argent que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOS 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou vous et votre (mari/partenaire) ensemble ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENSEMBLE ENQUÊTÉE ET MARI / PARTENAIF .. 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENSEMBLE ENQUÊTÉE ET MARI / PARTENAIF .. 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENSEMBLE ENQUÊTÉE ET MARI / PARTENAIF .. 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENSEMBLE ENQUÊTÉE ET MARI / PARTENAIF .. 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison, seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 ENSEMBLE SEULEMENT 2 SEULE ET ENSEMBLE 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928
925A	Quelle est la probabilité pour que vous perdiez vos droits de propriété sur cette maison ou sur une autre de vos maisons dans les 5 prochaines années?	TRES PROBABLE 1 PROBABLE 2 PAS PROBABLE 3	→ 925C
925B	Quelle est la source d'une perte éventuelle de vos droits de propriété sur cette maison ou sur une autre de vos maisons?	GOUVERNEMENT 1 AUTORITES LOCALES 2 INTERETS COMMERCIAUX 3 MEMBRE DE LA FAMILLE OU AUTRES INDIVIL .. 4	
925C	Avez-vous le droit de léguer seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre cette maison ou une autre de vos maisons?	OUI, SEULE SEULEME 1 OUI, ENSEMBLE SEULEMENT 2 OUI, SEULE ET ENSEMBLE 3 NON 4	
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928
926A	Avez-vous un acte de propriété pour cette maison?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
926B	Quel type d'actes de propriété avez-vous ?	CERTIFICAT COUTUMIER A ATTESTATION/CERTIFICAT DE VENTE B TITRE FONCIER C AUTRE X (PRÉCISER)	
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
927A	Puis-je voir l'acte de propriété ?	OUI, CERTIFICAT COUTUMIER VU A OUI, ATTESTATION/CERT DE VENTE VUE B OUI, TITRE FONCIER VU C OUI, AUTRE DOCUMENT VU D NON, AUCUN DOCUMENT VU E	
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 ENSEMBLE SEULEMENT 2 SEULE ET ENSEMBLE 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	
928A	Avez-vous des droits fonciers sur de la terre agricole ou non agricole?	OUI, TERRE AGRICOLE 1 OUI, TERRE NON AGRICOLE 2 OUI, POUR LES DEUX TERRES 3 NON 4	→ 931
928B	Quel type de droits avez-vous?	PLEINE PROPRIETE 1 BAIL 2 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
928C	Quelle est la probabilité pour que vous perdiez vos droits de propriété ou vos droits d'utilisation de votre/vos terre(s) dans les 5 prochaines années?	TRES PROBABLE 1 PROBABLE 2 PAS PROBABLE 3	→ 928E

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																												
928D	Quelle est la source de perte éventuelle de vos droits de propriété ou d'utilisation de cette/ces terre(s) ?	GOUVERNEMENT 1 AUTORITES LOCALES 2 INTERETS COMMERCIAUX 3 MEMBRE DE LA FAMILLE OU AUTRES INDIVIE... 4																													
928E	Avez-vous le droit de léguer seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre votre/vos terre(s)?	OUI, SEULE SEULEMENT 1 OUI, CONJOINTEMENT SEULEMENT... 2 OUI, SEULE ET CONJOINTEMENT 3 NON 4																													
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI, TERRE AGRICOLE 1 OUI, TERRE NON AGRICOLE 2 OUI, POUR LES DEUX TYPES DE TERR 3 NON 4 NE SAIT PAS 8	→ 931																												
929A	Quel type d'actes de propriété avez-vous ?	CERTIFICAT COUTUMIER A ATTESTATION/CERTIFICAT DE VENTE B TITRE FONCIER C AUTRE X (PRÉCISER)																													
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																													
930A	Puis-je voir l'acte de propriété ?	OUI, CERTIFICAT COUTUMIER VU A OUI, ATTESTATION/CERT DE VENTE VUE B OUI, TITRE FONCIER VU C OUI, AUTRE DOCUMENT VU D NON, AUCUN DOCUMENT VU E																													
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3" style="text-align: center;">PRES./</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">PRES./</th> <th style="text-align: center;">N'ÉCOUTE</th> <th style="text-align: center;">PAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">ÉCOUTE.</th> <th style="text-align: center;">PAS.</th> <th style="text-align: center;">PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10ANS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./				PRES./	N'ÉCOUTE	PAS		ÉCOUTE.	PAS.	PRES.	ENFANTS < 10ANS	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3	
	PRES./																														
	PRES./	N'ÉCOUTE	PAS																												
	ÉCOUTE.	PAS.	PRES.																												
ENFANTS < 10ANS	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : a) Si elle sort sans le lui dire ? b) Si elle néglige les enfants ? c) Si elle argumente avec lui ? d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? e) Si elle brûle la nourriture ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8					
	OUI	NON	NSP																												
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																												
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																												
c) ARGUMENTE	1	2	8																												
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																												
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																												

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Au cours de la grossesse ?	OUI NON NSP a) AU COURS DE LA GROSSESSE 1 2 8	
	b) Pendant l'accouchement ?	b) PENDANT ACCOUCHE 1 2 8	
	c) Pendant l'allaitement ?	c) PENDANT L'ALLAIT. 1 2 8	
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 1011
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2016-2018 ↓	PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2015 OU PLUS	→ 1027 → 1027
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS ↓	PAS DE SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS	→ 1020
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :	OUI NON NSP a) VIH DE LA MÈRE 1 2 8 b) CHOSES À FAIRE 1 2 8 c) TEST DU VIH 1 2 8	

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1016	Avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos visites prénatales ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1017	Où le test a-t-il été effectué ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSARE PUBLIC 12 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 13 CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONNELLE 21 HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22 CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIONNEL 23 CABINET MÉDICAL 24 PHARMACIE 25 CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 26 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 ÉCOLE/CENTRE CULTUREL 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1018	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020
1018A	Quel était le résultat du test?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDETERMINÉ 3 REFUS DE RÉPONDRE 4 NE SAIT PAS 8	
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1024
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	
1022	Vous a-t-on effectué un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 1024
1023	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1025

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1023A	Quel était le résultat du test?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDETERMINÉ 3 REFUS DE RÉPONDRE 4 NE SAIT PAS 8	} } → 1025 }
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/>	NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE	→ 1027

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Avez-vous déjà effectué un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1030
1029A	Quel était le résultat du test?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDETERMINÉ 3 REFUS DE RÉPONDRE 4 NE SAIT PAS 8	
1030	Où le test a-t-il été effectué ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC 11 CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSARE PUBLIC 12 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 13 CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESIONNE 21 HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22 CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESIONNEL 23 CABINET MÉDICAL 24 PHARMACIE 25 CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 26 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 27 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 28 (PRÉCISEZ) AUTRE ENDROIT/SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 ÉCOLE/CENTRE CULTUREL 34 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PARABLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSARE PUBLIC B</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIIONEL G</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIIONEL I</p> <p>CABINET MÉDICAL J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) L</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT SOURCE</p> <p>MAISON O</p> <p>LIEU DE TRAVAIL P</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION Q</p> <p>ÉCOLE/CENTRE CULTUREL R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de kit de test que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEN 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1042	<p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA ↓ DU VIH OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1043	<p>VÉRIFIEZ 713:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 1051
1044	<p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1045	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1046	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1047	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <p>A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		→ 1051
1049	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA et AUTRES IST

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSARE PUBLIC B</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIIONEL G</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIIONEL I</p> <p>CABINET MÉDICAL J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) L</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ N</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ENDROIT / SOURCE</p> <p>MAISON O</p> <p>LIEU DE TRAVAIL P</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION Q</p> <p>ÉCOLE/CENTRE CULTUREL R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1056</p>		
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p>	
1056	<p>VÉRIFIEZ 106: ÂGE DE L'ENQUÊTEE</p> <p>ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/></p> <p>ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/> → 1533</p>		

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1101	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1108															
1102	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ? SI LE NOMBRE DE CES 'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 1108															
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																
1108	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non: a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) ALLER SEULE	1	2																
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1111															
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																
1111	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1114 → 1113															
1112	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours ?	OUI 1 NON 2	→ 1115															
1113	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1116															

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1114	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Cigarettes manufacturées?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p style="text-align: center;">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉE... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NAF..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p style="text-align: right;">→ 1116</p>
1115	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Cigarettes manufacturées?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p style="text-align: center;">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NAF..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1116	<p>Consommez-vous actuellement du tabac sans fumée chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	<p style="text-align: right;">→ 1118</p> <p style="text-align: right;">→ 1119</p>

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1117	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ? _____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 1121
1118	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ? _____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 1121
1119	Dans le passé, est-ce que vous consommiez du tabac sans fumée tous les jours ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1121
1120	Dans le passé, est-ce que vous consommiez du tabac sans fumée tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	<p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
1121	<p>VÉRIFIEZ 1111, 1113, 1116, ET 1120:</p> <p>FUME ACTUELLEMENT DU TABAC/ <input type="checkbox"/> AUCUN "CHAQUE JOUR" <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE DU TABAC SANS FUMÉE ↓ ET 'AUCUN' 'CERTAINS JOURS'</p> <p>('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS')</p>		→ 1123
1122	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fumé du tabac ou consommé du tabac sans fumée pour la première fois?	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS ÂGE 98</p>	
1123	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume à l'intérieur de votre domicile? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	<p>TOUS LES JOURS 1</p> <p>UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>UNE FOIS PAR MOIS 3</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4</p> <p>JAMAIS 5</p>	
1124	Travaillez-vous actuellement en dehors de votre domicile ?	<p>OUI 1</p> <p>NON/NE TRAVAILLE PAS 2</p>	→ 1127

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1125	Travaillez-vous généralement à l'intérieur ou à l'extérieur?	À L'INTÉRIEUR 1 À L'EXTÉRIEUR 2 À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR 3	→ 1127
1126	Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé à l'intérieur des locaux où vous travaillez?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1127	VÉRIFIEZ 1111: FUME ACTUELLEMENT DU TABAC <input type="checkbox"/> ('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS') ↓	PAS DU TOUT <input type="checkbox"/>	→ 1131
1128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous essayé d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2	
1129	Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de santé au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	→ 1131
1130	Lors d'une consultation chez un médecin ou un autre professionnel de santé au cours des 12 derniers mois, vous-a-ton recommandé d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2	
1131	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des informations sur les méfaits de la cigarette ou des incitations à arrêter de fumer, diffusées dans les journaux ou les magazines?	OUI 1 NON 2 NON CONCERNÉE 8	
1132	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des informations sur les méfaits de la cigarette ou des incitations à arrêter de fumer, diffusées à la télévision?	OUI 1 NON 2 NON CONCERNÉE 8	
1133	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes?	OUI 1 NON 2 NON CONCERNÉE 7	
1134	VÉRIFIEZ 1111: FUME ACTUELLEMENT DU TABAC <input type="checkbox"/> ('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS') ↓	PAS DU TOUT <input type="checkbox"/>	→ 1136
1135	Au cours des 30 derniers jours, les mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes vous ont-elles donné envie d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2	
1136	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des publicités sur les cigarettes ou des panneaux de promotion pour les cigarettes dans les lieux de vente?	OUI 1 NON 2	
1137	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué l'un des types de promotion suivants pour les cigarettes?		
		OUI NON	
	a) Échantillons gratuits de cigarettes?	a) ÉCHANTILLONS GRATUIT .. 1 2	
	b) Rabais sur le prix des cigarettes?	b) RABAIS 1 2	
	c) Bons de réduction pour des cigarettes?	c) BONS DE RÉDUCTION 1 2	
	d) Cadeaux ou remise sur d'autres produits pour l'achat de cigarettes?	d) CADEAUX OU REMISE SUR AUTRES PRODUITS 1 2	
	e) Vêtements ou autres articles portant le nom ou le logo d'une marque de cigarettes?	e) VÊTEMENTS OU AUTRES ARTICLES 1 2	
	f) Promotion pour les cigarettes par courrier?	f) PROMOTION POUR CIGARETTES 1 2	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																		
1138	<p>VÉRIFIEZ 1114a) ET 1115a):</p> <p>FUME ACTUELLEMENT DES CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="checkbox"/> 1114a) ET 1115a) SONT TOUTES <input type="checkbox"/> LES DEUX '0' OU 'EN BLANC'</p> <p>['1114a)>0' OU 1115a)>0'] ↓</p>		1201																		
1139	<p>La dernière fois que vous avez acheté des cigarettes/paquets de cigarettes ou cartouches de cigarette pour votre usage personnel, combien en avez-vous acheté?</p> <p>VÉRIFIER L'UNITE AVEC LA REpondANTE AVANT DE CONSIGNER LE NOMBRE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>QUANTITÉ</th> <th>NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIGARETTES</td> <td>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>PAQUETS</td> <td>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CARTOUCHES</td> <td>3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRES TYPES DE CARTONS</td> <td>6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>.....</td> <td>998</td> </tr> </tbody> </table>		QUANTITÉ	NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON	CIGARETTES	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N/A	PAQUETS	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CARTOUCHES	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AUTRES TYPES DE CARTONS	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NE SAIT PAS	998	
	QUANTITÉ	NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON																			
CIGARETTES	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N/A																			
PAQUETS	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
CARTOUCHES	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
AUTRES TYPES DE CARTONS	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
NE SAIT PAS	998																			
1140	<p>Au total, combien avez-vous dépensé pour cet achat?</p>	<p>COÛT (EN FCFA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 99998</p>																			

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1201	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1202	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ 1206
1203	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
1204	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1205	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1206	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 1211
1208	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
1209	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
1210	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
1211	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1213
1212	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	
1213	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1215
1214	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	
1215	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une	OUI 1 NON 2	→ 1217
1216	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
1217	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 1219
1218	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1219	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite, c'est à dire une infection de l'articulation?	OUI 1 NON 2	→ 1221
1220	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	
1221	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 1223
1222	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1221) ?	OUI 1 NON 2	
1223	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	→ 1225
1224	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	
1225	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1226	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1301
1227	Depuis combien d'années que vous avez fait votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
1228	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS 4 NE SAIT PAS 8	→ 1301 → 1301
1229	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1301	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis. Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI 1 NON 2	→ 1303
1302	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1401
1303	Est-ce que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE 2 NI L'UN NI L'AUTRE 3	→ 1305
1304	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE 2	→ 1306
1305	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	AGRESSION SEXUELLE 1 OPÉRATION DU PELVIS 2 AUTRE _____ 6 (SPECIFY) NE SAIT PAS 8	→ 1307
1306	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1303 OU 1305) les pertes ont-elles commencé ? INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/>	
1307	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1309
1308	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ? INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B TROP CHER C TROP ÉLOIGNÉ D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F GÉNÉE G PROBLÈME A DISPARU H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 1401

SECTION 13. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1309	Après de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIER(E)/SAGE-FEMME 2 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL 3 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 4 TRADIPRATICIEN 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
1310	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
1311	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement à réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3 N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT 4	

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1401	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et sœurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et sœurs nés de votre mère biologique ?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th data-bbox="280 359 334 380">NOM</th> <th data-bbox="618 359 818 380">NUMÉRO D'ORDRE</th> <th data-bbox="857 359 911 380">NOM</th> <th data-bbox="1170 359 1370 380">NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1402	<p>VÉRIFIEZ 1401:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ ↓</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ →</p>		1404																																												
1403	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et sœurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1404	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou sœurs biologiques qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1405	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et sœurs biologiques qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1406	<p>Certaines personnes ont des frères ou sœurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou sœurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1407	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1401.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS . . <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																													

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1408	<p>VÉRIFIEZ 1407:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 150px;">↓</p> <p style="margin-left: 250px;">→ VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1401 ET/OU 1407.</p>		
1409	<p>VÉRIFIEZ 1407:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ ↓</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ →</p>		1500
1410	<p>Dites-mois, s'il vous plaît, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1411	<p>Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1412	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1413 JUSQU'À 1424 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1414	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (02) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (03) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (04) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (05) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (06) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (07) ←
1416	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1417	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2	YES 1 ALLEZ À (05) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←
1422	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À LA SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE							

SECTION MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1412	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1413 JUSQU'À 1424 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1414	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2	MASC. 1 FEM. 2
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (08) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (09) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (10) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (11) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (12) ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 ← NSP 8 ALLEZ À (13) ←
1416	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> ALLEZ À (13)
1417	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"/>
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1423
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À 1423 ← NON 2
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423 ←
1422	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2	OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (08)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (09)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (10)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (11)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (12)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À LA SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE							

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																									
1500	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE RELATIONS DANS LE MÉNAGE FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓	FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE	→ 1533																									
1501	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓	IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 →	→ 1532																									
1501A	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au Cameroun. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.																											
1502	VÉRIFIEZ 701 ET 702: ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> ↓	JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1516																									
1503	Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8		
	OUI	NON	NSP																									
JALOUX	1	2	8																									
ACCUSE	1	2	8																									
VOIR AMIES	1	2	8																									
VOIR FAMILLE	1	2	8																									
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																									
1504	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire). A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) : a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS DERNIERS MOIS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>→ 1</td> <td>↓ 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>→ 1</td> <td>↓ 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>→ 1</td> <td>↓ 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS			OUI	NON	SOUVENT	TEMPS DERNIERS MOIS		→ 1	↓ 2	→ 1	2	3	→ 1	↓ 2	→ 1	2	3	→ 1	↓ 2	→ 1	2	3	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?
DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																										
OUI	NON	SOUVENT	TEMPS DERNIERS MOIS																									
→ 1	↓ 2	→ 1	2	3																								
→ 1	↓ 2	→ 1	2	3																								
→ 1	↓ 2	→ 1	2	3																								

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																								
1505	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>SOUVENT</th> <th>DE TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DU TOUT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS				OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3	b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS																																																																								
	OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT																																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
1506	VÉRIFIEZ 1505A (a-j): AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> → 1509																																																																										
1507	Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95																																																																									
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir : a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ? b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ? c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> <tr> <td>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> <tr> <td>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> </tbody> </table>	a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?	OUI 1	NON 2	b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?	OUI 1	NON 2	c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI 1	NON 2																																																																
a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?	OUI 1	NON 2																																																																									
b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?	OUI 1	NON 2																																																																									
c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI 1	NON 2																																																																									

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1509	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1511																								
1510	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3																									
1511	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1513																								
1512	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 JAMAIS 3																									
1513	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3																									
1514	VÉRIFIEZ 709: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1516																								
1515	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?																									
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 10%;"></th> <th style="width: 15%;">IL Y A 0-11 MOIS</th> <th style="width: 15%;">IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th style="width: 15%;">NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>				IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	
			IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																						
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																						
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																						
c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																						
1516	VÉRIFIEZ 701 ET 702: <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ </div> </div>	a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?	b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1519																						

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1517	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/MILITAIRE/GENDARME M AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1518	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1519	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p style="text-align: center;">A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> <p style="text-align: center;">N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1522</p>		
1520	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 1522
1521	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI/PARTENAIRE G PETIT AMI ACTUEL H ANCIEN PETIT AMI I BELLE-MÈRE J BEAU-PÈRE K AUTRE BEAU-PARENT L ENSEIGNANT M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N POLICE/MILITAIRE/GENDARME O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1522	<p>VÉRIFIEZ 701 AND 702:</p> <p style="text-align: center;">A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME ↓ <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1522B</p>		
1522A	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire). À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1523 → 1524A

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1522B	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1526
1523	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI / CONNAISSANCE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/MILITAIRE/GENDARME 12 PRÊTRE/RELIGIEUX 13 INCONNU 14 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1524	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2	→ 1525
1524A	VÉRIFIEZ 1505A (h-j), 1515A(b), 1522A, ET 1522B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →		→ 1526
1525	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	

SECTION 15. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1526	VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →	1530																				
1527	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI 1 NON 2	1529																				
1528	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI / CONNAISSANCE E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE/MILITAIRE/GENDARME I JURISTE J SERVICE SOCIAL K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	1530																				
1529	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																					
1530	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																					
REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LES RELATIONS DANS LE MÉNAGE SEULEMENT.																							
1531	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI/PARTENAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI/PARTENAIRE	1	2	3	AUTRE HOMME				ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																				
MARI/PARTENAIRE	1	2	3																				
AUTRE HOMME																							
ADULTE	1	2	3																				
FEMME ADULTE	1	2	3																				
1532	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR RELATIONS DANS LE MÉNAGE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																						
1533	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE
