

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

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

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

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural? SI « ÉTRANGER », PRÉCISER LE MILIEU DE RÉSIDENCE.	BAMAKO 1 AUTRES VILLES..... 2 AUTRES COMMUNES 3 AUTRES VILLES A L'ETRANGER 4 RURAL 5 ÉTRANGER SANS PRÉCISION 6	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES..... TOUJOURS..... 95 VISITEUR..... 96	→105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou en milieu rural?	BAMAKO 1 AUTRES VILLES..... 2 AUTRES COMMUNES 3 AUTRES VILLES A L'ETRANGER 4 RURAL 5 ÉTRANGER SANS PRÉCISION 6	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS..... 98 ANNÉE..... NSP ANNÉE..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES.....	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE) 1 FONDAMENTAL 2 (COLLÈGE) 2 SECONDAIRE/LYCÉE TECHNIQUE 3 SUPÉRIEUR 4 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevée à ce niveau? CODER « 00 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 98 » POUR NE SAIT PAS.	DERNIÈRE CLASSE.....	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109A	VÉRIFIER 106: AGÉE DE 24 ANS OU MOINS : <input type="checkbox"/> ↓	AGÉE DE 25 ANS OU PLUS : <input type="checkbox"/>	→110
109B	Est-ce que vous allez actuellement à l'école ?	OUI 1 NON 2	→110
109C	Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	TOMBÉE ENCEINTE 01 S'EST MARIÉE 02 POUR GARDER ENFANTS + JEUNES. 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AU CHAMP/TRAVAIL 04 NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS. 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE 07 ÉCHEC A L'ÉCOLE 08 N'AIMAIT PLUS L'ÉCOLE..... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN.... 10 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
110	VÉRIFIER 108: FONDAMENTAL 1 : <input type="checkbox"/> ↓	FONDAMENTAL 2 OU PLUS : <input type="checkbox"/>	→114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI 1 NON 2	→113
112A	A quel genre de programme d'alphabétisation avez-vous participé ? INSISTER : Aucun autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEDERSA.....A BAMBARA.....B PEULHC TAMACHECK.....D SONGHOÏE AUTREX (PRÉCISER)	
113	VÉRIFIER 111: CODES « 2 », « 3 » OU « 4 » <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ : ↓	CODE « 1 » ENCLERCLÉ : <input type="checkbox"/>	→115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT..... 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT..... 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT..... 4	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
117	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 1 CHRÉTIENNE 2 ANIMISTE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
117A	Etes-vous malienne ?	OUI 1 NON 2	→201
118	Quelle est votre ethnie ?	BAMBARA 01 MALINKE 02 PEULH 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA 04 SONRAÏ 05 DOGON 06 TAMACHECK 07 SÉNOUFO/MINIANKA 08 BOBO 09 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

CODES Q.108 ET Q.109 :

Q.108 : NIVEAU D'EDUCATION

FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE).....1
FONDAMENTAL 2 (COLLÈGE).....2
SECONDAIRE/LYCÉE TECHNIQUE.....3
SUPÉRIEUR.....4

Q.109 : DERNIÈRE CLASSE ACHEVÉE

01 À 06, 00=MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
01 À 03, 00=MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
01 À 04, 00=MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
01 À 07, 00=MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE
98 : NE SAIT PAS

SECTION 2: REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI 1 NON..... 2	→206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI 1 NON..... 2	→204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES À LA MAISON..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI 1 NON..... 2	→206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES AILLEURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques jours ou quelques heures?	OUI 1 NON..... 2	→208
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI : <input type="text"/> NON : <input type="text"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS : <input type="text"/> ↓	AUCUNE NAISSANCE : <input type="text"/>	→226

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.									
212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
08 _____ _____	SIMP...1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09 _____ _____	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10 _____ _____	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11 _____ _____	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12 _____ _____	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS: <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES : <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ 221	JOURS...1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES.3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

222 Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?

OUI.....1
NON2

223 COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:

NOMBRES EGAUX :
↓

NOMBRES DIFFÉRENTS : → VÉRIFIER ET CORRIGER

VÉRIFIER :

- POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.
- POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.
- POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.
- POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

224 VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1996 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.

225 POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1996, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI1 NON2 PAS SÛRE8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/he pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ.....1 PLUS TARD2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né?	OUI1 NON2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JANV. 1996 OU PLUS TARD : <input type="text"/> ↓	DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT JANV. 1996 : <input type="text"/>	→237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI1 NON2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1996. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu d'autres grossesses qui se sont terminées avant 1996 et qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI1 NON2	→ 237
236	INDIQUER LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ S'EST TERMINÉE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI N'A PAS ABOUTI A UNE NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1996.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES.....4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE.....994 AVANT LA DERNIÈRE GROSS.....995 JAMAIS EU DE RÈGLES.....996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→ 301

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
239	Ce moment se situe-t-il juste avant le début des règles, pendant la période des règles, juste après la fin des règles, ou bien au milieu entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES..... 1 PENDANT LES RÈGLES2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312D	Combien vous coûte une boîte/cycle de ces pilules que vous utilisez actuellement ? ENREGISTRER LE MONTANT EN FRANCS CFA.	COUT EN CFA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT..... 9996 NE SAIT PAS 9998	→316A
313	Où a eu lieu la stérilisation? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-316/316A SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV..... 12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... 13 CLINIQUE MOBILE..... 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... 21 DOCTEUR PRIVÉ..... 23 CLINIQUE MOBILE..... 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	VÉRIFIER 311: CODE « A » ENCERCLÉ : <input type="checkbox"/> ↓ Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants? CODE « A » PAS ENCERCLÉ : <input type="checkbox"/> ↓ Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
316A	Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?		
317	VÉRIFIER 316/316A: ANNÉE 1996 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/> ↓ ANNÉE 1995 OU AVANT : <input type="checkbox"/>		→ 327
319	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE..... 10 MAMA..... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 322 → 331 → 320A → 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV..... 12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... 13 CLINIQUE MOBILE..... 14 AGENT DE TERRAIN..... 15 AUTRE PUBLIC..... 16 (PRÉCISER)	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ..... 21 PHARMACIE..... 22 MÉDECIN PRIVÉ..... 23 CLINIQUE MOBILE..... 24 AGENT DE TERRAIN..... 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL..... 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE..... 31 ÉGLISE..... 32 PARENTS/AMIS..... 33 AUTRE..... 96 (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PILULE..... 03 DIU/STÉRILET..... 04 INJECTIONS..... 05 IMPLANTS..... 06 CONDOM..... 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE..... 10 MAMA..... 11	→ 327 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 324
323	Un agent de santé ou de planification familiale vous-a-t-il déjà parlé des effets secondaires ou des problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI..... 1 NON..... 2	
325	VÉRIFIER 322: CODE « 1 » ENCERCLÉ : <input type="checkbox"/> ↓ À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser? CODE « 1 » PAS ENCERCLÉ : <input type="checkbox"/> ↓ Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320), vous-a-t-on parlé à ce moment-là d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 327
326	Un agent de santé ou de planification familiale vous-a-t-il déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouvez utiliser ?	OUI..... 1 NON..... 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV 12 CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL 13 CLINIQUE MOBILE 14 AGENT DE TERRAIN 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE TERRAIN 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 AMIS/PARENTS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI 1 NON 2	→ 331
330	Quel est cet endroit? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ _____ _____ (NOMS DES ÉTABLISSEMENTS) Aucun autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL A CENTRE DE SANTÉ GOUV B CLINIQUE DE PLANNING FAMILIAL .. C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE TERRAIN E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE TERRAIN K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M ÉGLISE N PARENTS/AMIS O AUTRE X (PRÉCISER)	
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI 1 NON 2	→ 401
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 1996 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/> ↓	PAS DE NAISSANCES EN 1996 OU PLUS TARD : <input type="checkbox"/>	→ 487
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1996. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT : <input type="checkbox"/> MORT : <input type="checkbox"/> ↓	NOM _____ VIVANT : <input type="checkbox"/> MORT : <input type="checkbox"/> ↓
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT-LÀ..... 1 (PASSER À 407) ↓ PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ↓	À CE MOMENT-LÀ..... 1 (PASSER À 423) ↓ PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ↓
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....998	MOIS..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ANNÉES..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B AIDE SOIGNANTE/MATRONE... C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ↓	
408	Pour cette grossesse, de combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS98	
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS : <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP : <input type="checkbox"/> ↓

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
411	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre dernière visite prénatale?	MOIS.....	<input type="text"/>		
		NE SAIT PAS	98		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois?		OUI NON		
	Avez-vous été pesée?	POIDS	1 2		
	Vous-a-t-on mesurée?	TAILLE.....	1 2		
	Vous-a-t-on pris la tension?	TENSION.....	1 2		
	Avez-vous donné un échantillon d'urine?	URINE	1 2		
	Vous-a-t-on prélevé du sang?	SANG	1 2		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI	1		
		NON.....	2		
		(PASSER À 415) ←			
		NE SAIT PAS	8		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI	1		
		NON.....	2		
		NE SAIT PAS	8		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI	1		
		NON.....	2		
		(PASSER À 417) ←			
		NE SAIT PAS	8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS.....	<input type="text"/>		
		NE SAIT PAS	8		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer?	OUI	1		
		NON.....	2		
		(PASSER À 419) ←			
	MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	NE SAIT PAS	8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/>		
	SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NE SAIT PAS	998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour y voir à la lumière du jour?	OUI	1		
		NON.....	2		
		NE SAIT PAS	8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de (cécité crépusculaire) [NOM LOCAL]?	OUI	1		
		NON.....	2		
		NE SAIT PAS	8		
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI	1		
		NON.....	2		
		(PASSER À 423) ←			
		NE SAIT PAS	8		
422	Quel était ce médicament?	FANSIDAR	A		
		CHLOROQUINE	B		
		AMODIAQUINE	C		
		MÉDICAMENT INCONNU.....	D		
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS LE NOM DU MÉDICAMENT, LUI MONTRER QUELQUES EXEMPLES.	AUTRE _____	X		
		(PRÉCISER)			

423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE .. 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE .. 2 MOYEN..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....99998	GRAMMES DU CARNET...1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....99998
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE OBSTÉTRIC./ TECHNICIEN DE SANTÉ..... C AUTRES AGENTS DE SANTÉ AIDE SOIGNANTE D MATRONE..... E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... F AUTRES PERSONNES PARENT(E)S/AMI(E)S G AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE OBSTÉTRIC./ TECHNICIEN DE SANTÉ..... C AUTRES AGENTS DE SANTÉ AIDE SOIGNANTE D MATRONE..... E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... F AUTRES PERSONNES PARENT(E)S/AMI(E)S G AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE..... Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 22 MATERNITÉ/PMI GOUV..... 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 AUTRE PRIVÉ 36 (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ..... 41 SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI 51 AUTRE MÉDICAL 66 (PRÉCISER)) AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ↘	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 22 MATERNITÉ/PMI GOUV..... 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 AUTRE PRIVÉ 36 (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ..... 41 SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI 51 AUTRE MÉDICAL 66 (PRÉCISER)) AUTRE 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ↘

428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2								
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ↓	OUI 1 NON 2								
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRES ACC.....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> SEMAINES APRÈS ACC..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> NE SAIT PAS.....998									
431	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 11 SAGE-FEMME 12 INFIRMIÈRE OBSTÉTRIC/ TECHNICIEN DE SANTÉ..... 13 AUTRES AGENTS DE SANTÉ AIDE SOIGNANTÉ 21 MATRONE 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23 AUTRES PERSONNES PARENT(E)S/AMI(E)S 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)									
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 22 MATERNITÉ/PMI GOUV. 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE 31 AUTRE PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ..... 41 SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI 51 AUTRE MÉDICAL _____ 66 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)									
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2									
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 436) ↓ NON 2 (PASSER À 437) ↓									

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ⌋
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	PAS ENCEINTE: <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 439)	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ⌋	
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98
440	Avez-vous déjà allaité (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ⌋	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ⌋
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURES. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT000 HEURES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT000 HEURES..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Au cours des 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, avant que votre lait ne coule régulièrement, (NOM) a-t-il/elle reçu d'autres liquides que votre lait?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ⌋	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ⌋
443	Quel liquide (NOM) a-t-il/elle reçu avant que votre lait ne coule régulièrement? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES CITÉES.	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE C EAU MÉDICAMENTÉE CONTRE LES COLLIQUES D SOLUTION EAU SEL SUCRE E JUS DE FRUITS F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSION H MIEL I AUTRE X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE C EAU MÉDICAMENTÉE CONTRE LES COLLIQUES D SOLUTION EAU SEL SUCRE E JUS DE FRUITS F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/INFUSION H MIEL I AUTRE X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE: <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ: <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446)	EN VIE: <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ: <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 446)
445	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 448) ⌋ NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ⌋ NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98

447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE : <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	DÉCÉDÉ : <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
451	Du sucre a-t-il été ajouté aux aliments ou liquides que (NOM) a reçu hier ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu des aliments solides, semi-solides ou des aliments comme de la purée, mais autres que des liquides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.				

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE N° DE LIGNE, NOM, ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 1996 OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q. 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE : <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE : <input type="text"/> <input type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ EN VIE : <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ: <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLER A 456, A LA COLONNE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 484)	NOM _____ EN VIE : <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ: <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLER A 456, À LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet ou une carte de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le(la) voir, s'il vous plaît?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ↓ OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ↓ PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ↓ OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ↓ PAS DE CARTE 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE/DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET/CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE

BCG	BCG...									BCG...									
POLIO 0 (À LA NAISSANCE)	P0.....									P0.....									
POLIO 1	P1.....									P1.....									
POLIO 2	P2.....									P2.....									
POLIO 3	P3.....									P3.....									
DTCoq 1	D1.....									D1.....									
DTCoq 2	D2.....									D2.....									
DTCoq 3	D3.....									D3.....									
ROUGEOLE	ROUG									ROUG									
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	VIT.A.									VIT.A.									
FIÈVRE JAUNE	F.J.....									F.J.....									
HÉPATITE B	H.B..									H.B..									

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, LA ROUGEOLE, LA VITAMINE A, LA FIÈVRE JAUNE, OU L'HÉPATITE B.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ↓ NON2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS8	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ↓ NON2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne de vaccination?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou au bras, donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463H	Une dose de Vitamine A ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463I	La vaccination contre la fièvre jaune ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
463J	La vaccination contre l'hépatite B ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 466) ↘ PAS DE VACCIN. DANS LES 2 DERNIÈRES ANNÉES.....3 (PASSER À 466) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 466) ↘ PAS DE VACCIN. DANS LES 2 DERNIÈRES ANNÉES.....3 (PASSER À 466) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 466) ↘ PAS DE VACCIN. DANS LES 2 DERNIÈRES ANNÉES.....3 (PASSER À 466) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 466) ↘ PAS DE VACCIN. DANS LES 2 DERNIÈRES ANNÉES.....3 (PASSER À 466) ←
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE DE 1997 A CAMPAGNE DE 1998 B CAMPAGNE DE 1999 C CAMPAGNE DE 2000 D	CAMPAGNE DE 1997 A CAMPAGNE DE 1998 B CAMPAGNE DE 1999 C CAMPAGNE DE 2000 D	CAMPAGNE DE 1997 A CAMPAGNE DE 1998 B CAMPAGNE DE 1999 C CAMPAGNE DE 2000 D	CAMPAGNE DE 1997 A CAMPAGNE DE 1998 B CAMPAGNE DE 1999 C CAMPAGNE DE 2000 D
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 469) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 469) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 469) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 469) ←
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX?	« OUI » À 466 OU À 467 : <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE: <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	« OUI » À 466 OU À 467 : <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE: <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux/ fièvre?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ↘	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ↘	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ↘	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 472) ↘

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOMS DES ÉTABLISSEMENTS) Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B MATERNITÉ/PMI GOUV. C AUTRE PUBLIC _____ D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE..... E AUTRE PRIVÉ..... F SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ G SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI..... H AUTRE MÉDICAL _____ I (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B MATERNITÉ/PMI GOUV. C AUTRE PUBLIC _____ D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE..... E AUTRE PRIVÉ..... F SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ G SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI..... H AUTRE MÉDICAL _____ I (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466: A EU DE LA FIÈVRE?	« OUI » À 466 : <input type="checkbox"/> A 466 : <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	« OUI » À 466 : <input type="checkbox"/> A 466 : <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS8
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR..... A CHLOROQUINE B ASPIRINE C AMODIAQUINE D PARACÉTAMOL..... E QUINIMAX F AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	FANSIDAR A CHLOROQUINE B ASPIRINE C AMODIAQUINE..... D PARACÉTAMOL E QUINIMAX F AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS.....8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS.....2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS4 RIEN À BOIRE5 NE SAIT PAS8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS.....2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS4 A STOPPÉ NOURRITURE5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ...6 NE SAIT PAS.....8	BEAUCOUP MOINS1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ...3 PLUS4 A STOPPÉ LA NOURRITURE5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ...6 NE SAIT PAS8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL]?	LIQUIDE SACHET SRO1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	LIQUIDE MAISON1 2 8	LIQUIDE MAISON..... 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS.....8
480	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP..... A INJECTION B (I.V.) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (I.V.) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 483) ↓	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ↓
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOMS DES ÉTABLISSEMENTS) Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B MATERNITÉ/PMI GOUV. C AUTRE PUBLIC _____ D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE..... E PHARMACIE F MÉDECIN PRIVÉ G AUTRE PRIVÉ _____ H (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ I SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI..... J AUTRE MÉDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L GUÉRISSEUR TRADITION. M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B MATERNITÉ/PMI GOUV. C AUTRE PUBLIC _____ D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉE E PHARMACIE F MÉDECIN PRIVÉ G AUTRE PRIVÉ _____ H (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ I SECTEUR PARA-PUBLIC MATERNITÉ/PMI J AUTRE MÉDICAL _____ K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L GUÉRISSEUR TRADITION. M AUTRE _____ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

484	VÉRIFIER 456, TOUTES LES COLONNES: NOMBRE D'ENFANTS <u>VIVANTS</u> NÉS EN 1996 OU PLUS TARD :																										
	UN OU PLUS : <input type="checkbox"/>	AUCUN : <input type="checkbox"/>	→ 487																								
N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
486	VÉRIFIER 478 a : TOUTES LES COLONNES:																										
	AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU 478 a NON POSÉE : <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO: <input type="checkbox"/>	→ 488																								
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL POUR SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2																									
488	VÉRIFIER 218:																										
	A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANTS AVEC ELLE: <input type="checkbox"/>	N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE : <input type="checkbox"/>	→ 490																								
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND 3																									
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème ou ne posent aucun problème? Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. La distance à un établissement de santé. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GROS PROBLÈME</th> <th>AUCUN PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Savoir où aller.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Obtenir la permission d'y aller.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>La distance à un établissement de santé.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Devoir prendre un moyen de transport.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GROS PROBLÈME	AUCUN PROBLÈME	Savoir où aller.	1	2	Obtenir la permission d'y aller.	1	2	Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	1	2	La distance à un établissement de santé.	1	2	Devoir prendre un moyen de transport.	1	2	Ne pas vouloir s'y rendre seule.	1	2	Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	1	2	
	GROS PROBLÈME	AUCUN PROBLÈME																									
Savoir où aller.	1	2																									
Obtenir la permission d'y aller.	1	2																									
Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.	1	2																									
La distance à un établissement de santé.	1	2																									
Devoir prendre un moyen de transport.	1	2																									
Ne pas vouloir s'y rendre seule.	1	2																									
Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	1	2																									
491	VÉRIFIER 215 ET 218 :																										
	A AU MOINS 1 ENFANT NÉ EN 1998 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE : <input type="checkbox"/>	N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 1998 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE : <input type="checkbox"/>	→ 494																								
	ENREGISTRER LE NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER AVEC 492)																										
	_____ (NOM)																										

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels liquides [NOM DE Q.491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM DE Q.491] a-t-il/elle reçu un des liquides suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER, AVANT DE PASSER AU LIQUIDE SUIVANT :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM DE Q.491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides tels que : eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels types d'aliments [NOM DE Q.491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM DE Q.491] a-t-il/elle reçu un des aliments suivants, soit séparément ou mélangé à d'autres aliments?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER, AVANT DE PASSER À L'ALIMENT SUIVANT :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM DE Q.491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Tout aliment préparé avec des céréales [par ex: millet, sorgho, maïs, riz, blé, gruau ou autres céréales locales] ?</p> <p>b Potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, cassave, ou autre tubercules/racines locales?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme/purée, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages ou oeufs?</p> <p>h Autres aliments à base de légumineuses [par ex: lentilles, haricots, soja, légumes à gousses ou arachides]?</p> <p>i Fromage ou yaourt?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou du beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI1 NON2	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI1 NON2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS3	
499F	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection pour une raison quelconque?	OUI1 NON2	→501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499G	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS.... <input type="text"/> <input type="text"/> CHAQUE JOUR...95	
499H	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui était la personne qui vous a donné l'injection?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ 1 PHARMACIEN 2 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL 3 AMI/PARENT 4 ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE 3 NON, PAS EN UNION 4	→ 505 → 514
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON 3	→ 510 → 514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM _____ N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Est-ce que votre mari/conjoint a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI..... 1 NON 2	→ 510
508	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	→ 510
509	Êtes-vous la première, seconde, femme?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	<p>VERIFIER 510 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS:</p> <input type="text"/> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS :</p> <input type="text"/> <p>↓</p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?</p> </div> </div> <p>SI "1ÈRE UNION NON CONSOMMÉE", RETOURNER A 501, ENCERCLER LE CODE "3" ET PASSER A 514.</p>	<p>MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP MOIS..... 98</p> <p>ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP ANNÉE 9998</p>	→ 514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus)?</p>	<p>JAMAIS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1ÈRE FOIS EN COMMENÇANT À ÊTRE AVEC (1^{ER}) MARI/CONJOINT 96</p>	→ 524

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? ENREGISTRER EN « NOMBRE D'ANNÉES » SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES	NOMBRE DE JOURS.....1 <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> NOMBRE DE SEMAINES..2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE DE MOIS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES4 <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>									→ 524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé?	OUI1 NON2	→ 517								
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A INSISTÉ5 NE SAIT PAS6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)									
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)	→ 519								
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	NOMBRE DE JOURS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE DE SEMAINES..2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE DE MOIS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES4 <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>									
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme?	OUI1 NON2	→ 524								
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, un condom a-t-il été utilisé?	OUI1 NON2	→ 521								
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A INSISTÉ5 NE SAIT PAS6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
521	<p>Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6</p> <p>AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)</p>	→ 522A								
522	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE DE SEMAINES..2</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE D'ANNÉES.....4</p> <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>									
522A	Mis à part ces deux hommes, avez-vous eu des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI1 NON2</p>	→ 524								
522B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, un condom a-t-il été utilisé?	<p>OUI1 NON2</p>	→ 522D								
522C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	<p>ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A INSISTÉ5 NE SAIT PAS6</p> <p>AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)</p>									
522D	<p>Quelle est votre relation avec cet homme?</p> <p>SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '1' SI "NON", ENREGISTRER '2'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6</p> <p>AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)</p>	→ 523								
522E	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	<p>NOMBRE DE JOURS.....1</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE DE SEMAINES..2</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE DE MOIS.....3</p> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <p>NOMBRE D'ANNÉES.....4</p> <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>									
523	En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRE. <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>									
524	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	<p>OUI1 NON2</p>	→ 601								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(NOMS DES ENDROITS)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C</p> <p>PMI/MATERNITE..... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... E</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... F</p> <p>AUTRE PUBLIC..... G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE..... H</p> <p>PHARMACIE..... I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... J</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL..... L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE..... M</p> <p>AGENT DE SANTE..... N</p> <p>ADBC/MATRONE/ACCOUCHEUSE/ AIDE-SOIGNANTE..... O</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CMIE..... P</p> <p>MUTEC..... Q</p> <p>AUTRE..... R</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE..... S</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL..... T</p> <p>ÉGLISE..... U</p> <p>PARENTS/AMIS..... V</p> <p>AUTRE..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
526	<p>Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS/N'EST PAS SÛRE.....8</p>	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ : <input type="checkbox"/> ↓	LUI OU ELLE STÉRILISÉ: <input type="checkbox"/>	→ 614
602	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SURE : <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? ENCEINTE : <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT1 PAS D'AUTRE/AUCUN2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE4 PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE5	→ 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SURE : <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? ENCEINTE : <input type="checkbox"/> ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT993 DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....994 APRÈS MARIAGE995 AUTRE996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....998	→ 609 → 614 → 609
604	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SURE : <input type="checkbox"/> ↓	ENCEINTE: <input type="checkbox"/>	→ 610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE NON POSÉE : <input type="checkbox"/> ↓ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT : <input type="checkbox"/> ↓ UTILISE ACTUELLEMENT : <input type="checkbox"/>		→ 608
606	VÉRIFIER 603 : NON POSÉE : <input type="checkbox"/> ↓ 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU + : <input type="checkbox"/> ↓	00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE : <input type="checkbox"/>	→ 610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT: <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Y a-t-il d'autres raisons ?</p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT : <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Y a-t-il d'autres raisons ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NON MARIÉEA</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE..... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE.....E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM.....F</p> <p>ALLAITEMENT G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ...K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE..... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPST</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT.....1</p> <p>PETIT PROBLÈME.....2</p> <p>AUCUN PROBLÈME.....3</p> <p>DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX.4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE</p> <p>NON POSÉE : <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT : <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT : <input type="checkbox"/></p>		→ 614
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	→ 612
611	<p>Quelle méthode contraceptive préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE03</p> <p>DIU.....04</p> <p>INJECTIONS05</p> <p>IMPLANTS06</p> <p>CONDOM07</p> <p>CONDOM FÉMININ.....08</p> <p>DIAPHRAGME.....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE.....98</p>	→ 614

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
618	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale :	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ADMIS- SIBLE</td> <td style="text-align: center;">IN- ADMIS- SIBLE</td> </tr> <tr> <td>À la radio ?</td> <td>À LA RADIO..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À la télévision?</td> <td>À LA TV 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les journaux ou magazines?</td> <td>DANS LES JOURNAUX ... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sur des affiches ?</td> <td>SUR DES AFFICHES 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans des prospectus/brochures ?</td> <td>DANS PROSPECTUS 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?</td> <td>ANIMATION CULT 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A l'école ?</td> <td>A L'ÉCOLE 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE	À la radio ?	À LA RADIO..... 1	2	À la télévision?	À LA TV 1	2	Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX ... 1	2	Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES 1	2	Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS 1	2	Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2	A l'école ?	A L'ÉCOLE 1	2	
	ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE																									
À la radio ?	À LA RADIO..... 1	2																									
À la télévision?	À LA TV 1	2																									
Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX ... 1	2																									
Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES 1	2																									
Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS 1	2																									
Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2																									
A l'école ?	A L'ÉCOLE 1	2																									
619	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisin(e)s ou vos parent(e)s?	OUI 1 NON 2	→ 621																								
620	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE A MÈRE B PÈRE C SOEUR(S) D FRÈRES(S) E COUSINE(S)/COUSIN(S) F FILLE G FILS H BELLE-MÈRE I AMI(E)S/VOISIN(E)S J AUTRE _____ X (PRÉCISER)																									
621	VÉRIFIER 501:		→ 628																								
	OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE: <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME : <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION OU 1 ^{ÈRE} UNION NON CONSOM.: <input type="checkbox"/>																								
622	VÉRIFIER 311/311A :		→ 624																								
	AU MOINS UN CODE ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>		AUCUN CODE ENCERCLÉ: <input type="checkbox"/>																								
623	Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de planification familiale. Diriez-vous que la décision d'utiliser une méthode vient principalement de vous-même, principalement de votre mari/partenaire, ou avez-vous décidé ensemble ?	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE 1 PRINCIPALEMENT MARI/PARTENAIRE . 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																									
624	Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode contraceptive pour éviter une grossesse?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8																									
625	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3																									
626	VÉRIFIER 311/311A :		→ 628																								
	NI LUI, NI ELLE STERILISÉ: <input type="checkbox"/>		LUI OU ELLE STERILISÉ: <input type="checkbox"/>																								
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
628	<p>Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand:</p> <p>Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?</p> <p>Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses conjointes ?</p> <p>Elle a accouché récemment?</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à faire cela ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> <p>IL A UNE MST 1 2 8</p> <p>AUTRES FEMMES..... 1 2 8</p> <p>ACCOUCHÉ RÉCEMMENT... 1 2 8</p> <p>FATIGUÉE/PAS HUMEUR..... 1 2 8</p>	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502 :</p> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME : <input type="checkbox"/></p>	<p>NON, PAS EN UNION OU 1^{ÈRE} UNION NON CONSOMMÉE: <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 703</p> <p>→ 707</p>
702	<p>Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.. <input type="text"/></p>	
703	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/ conjoint a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→ 706</p>
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE) 1</p> <p>FONDAMENTAL 2 (COLLÈGE)..... 2</p> <p>SECONDAIRE/LYCÉE TECHNIQUE..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR4</p> <p>AUTRE6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	<p>→ 706</p>
705	<p>Quelle est la dernière (classe/année) qu'il a achevée à ce niveau?</p>	<p>CLASSE..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS98</p>	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE /A VÉCU AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?</p>	<p>OCCUPATION..... <input type="text"/></p>	
707	<p>En dehors de votre travail domestique, travaillez-vous actuellement?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→ 710</p>
708	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans une affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→ 710</p>
709	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→ 719</p>
710	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?</p>	<p>OCCUPATION..... <input type="text"/></p>	
711	<p>VÉRIFIER 710 :</p> <p>TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE: <input type="checkbox"/></p>	<p>NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE: <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 713</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez-vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE1 TERRE DE LA FAMILLE2 TERRE LOUÉE3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE4 AUTRE6 (PRÉCISER)	→ 714
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE2 À SON COMPTE3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT3 PAS PAYÉE4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes: Vos propres soins de santé? Les achats de choses importantes pour le ménage? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage? Les visites à la famille, aux amis ou parents? Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6 SOINS 1 2 3 4 5 6 CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6 QUOTID. 1 2 3 4 5 6 VISITES 1 2 3 4 5 6 NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ PRÉS./ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS. PAS PAS ENFANTS <10..... 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES.. 1 2 8 AUTRES FEMMES .. 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:				
		OUI	NON	NSP	
	Si elle sort sans le lui dire?	SORTIR..... 1	2	8	
	Si elle néglige les enfants?	NÉGL. ENFANTS... 1	2	8	
	Si elle discute ses opinions?	DISCUTER..... 1	2	8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?	REFUSE SEXE 1	2	8	
	Si elle brûle la nourriture?	BRÛLER NOUR. 1	2	8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI1 NON2	→ 817
802	Y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8] → 809
803	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX..... A UTILISER DES CONDOMS B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS..... D ÉVITER SEXE AVEC PROSTITUÉES E ÉVITER SEXE AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES ..F ÉVITER SEXE AVEC HOMOSEXUELS... G ÉVITER SEXE AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG I ÉVITER INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES.. K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS ... N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture avec quelqu'un atteint du SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI1 NON2	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8] → 813

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	Le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant: Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. ... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT ... 1 2 8	
813	VÉRIFIER 501: ACTUEL LEMENT MARIEE/VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/> ↓	NON : PAS EN UNION, OU 1 ^{ÈRE} UNION NON CONSOMMÉE : <input type="checkbox"/>	→ 815A
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) ?	OUI1 NON2	
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: À la radio ? À la télévision? Dans les journaux ou magazines? Sur des affiches ? Dans des prospectus/brochures ? Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ? A l'école ?	ADMIS- PAS SIBLE- ADMIS- SIBLE À LA RADIO..... 1 2 À LA TV 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2 SUR DES AFFICHES 1 2 DANS PROSPECTUS 1 2 ANIMATION CULT 1 2 A L'ÉCOLE 1 2	
815B	Si une personne apprend qu'elle est infectée par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ2 NSP/PAS SÛRE8	
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI1 NON2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND8	
817A	Si un(e) enseignante(e) a le virus du SIDA, mais ne paraît pas malade, doit-il lui être permis de continuer à enseigner à l'école ?	PEUT CONTINUER À ENSEIGNER1 PAS CONTINUER À ENSEIGNER2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND8	
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI1 NON2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND8	
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI1 NON2	→817FX
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE8	
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI1 NON2	→ 817

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
817F	<p>Où pouvez-vous aller pour ce test?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTALA</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV.B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL C</p> <p>PMI/MATERNITE D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE TERRAIN F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
817FX	<p>Où êtes-vous allée pour ce test ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>(NOMS DES ÉTABLISSEMENTS)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>AGENT DE TERRAIN K</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE M</p> <p>AGENT DE SANTE N</p> <p>ADBC/MATRONE/ACCOUCHEUSE/ AIDE-SOIGNANTE O</p> <p>SECTEUR PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CMIE P</p> <p>MUTEC Q</p> <p>AUTRE _____ R</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE S</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL T</p> <p>ÉGLISE U</p> <p>PARENTS/AMIS V</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
817	<p>Mis à part le SIDA, avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 820A
818	<p>Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une maladie sexuellement transmissible?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES A</p> <p>ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE B</p> <p>ÉCOULEMENT MALODORANT C</p> <p>BRÛLURES URINAIRES D</p> <p>ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DE ZONE GÉNITALE F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUE GÉNITALE H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE _____ W</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819	Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une maladie sexuellement transmissible? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES..... A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURES URINAIRES..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALEE GONFLEMENT DE ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL..... G VERRUE GÉNITALE H DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS K DIFFICULTÉ DE DEVENIR ENCEINTE/ D'AVOIR UN ENFANTL AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES..... Y NE SAIT PAS..... Z	
820A	VÉRIFIER 514: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/> ↓	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS : <input type="checkbox"/>	→ 901
820AA	VÉRIFIER 817: OUI : A ENTENDU PARLER DE MST: <input type="checkbox"/> ↓	NON : N'A PAS ENTENDU PARLER DE MST: <input type="checkbox"/>	→ 820C
820B	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
820C	Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
820D	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
820E	VÉRIFIER 820B, 820C ET 820D : A DÉJÀ EU UNE INFECTION: <input type="checkbox"/> ↓	N'A JAMAIS EU D'INFECTION: <input type="checkbox"/>	→ 901
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON..... 2	→ 820H
820G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez-vous....	OUI NON Visité une clinique, un hôpital ou un médecin privé? CLINIQUE/HÔP. 1 2 Consulté un guérisseur traditionnel? GUÉRISSEUR 1 2 Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie ? BOUTIQUE/PHAR. 1 2 Recherché conseil auprès d'amis ou de parents AMIS/PARENTS 1 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), en avez-vous informé l'(les) homme(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI1 NON2 CERTAINS HOMMES/ PAS TOUS3	
820I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI1 NON2 PARTENAIRE(S) DÉJÀ INFECTÉ(S).....3	→ 901
820J	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous....		
	a) Arrêté les rapports sexuels?	ARRÊTÉ RAPPORTS 1	OUI NON 2
	b) Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	UTILISÉ CONDOM..... 1	2
	c) Pris des médicaments?	PRIS MÉDICAMENTS..... 1	2

SECTION 9 : EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Je voudrais maintenant vous entretenir sur un autre sujet relatif à la santé de la femme. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision?	OUI 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays dont le Mali, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?	OUI 1 NON 2	→ 1001
903	Avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> DURANT L'ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONN. 12 AUTRE TRADITION..... 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VÉRIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ↓	N'A PAS DE FILLE VIVANTE : <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique? SI OUI: Combien?	NOMBRE D'EXCISÉES.... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISÉE 95	→ 918
911	Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision? _____ (NOM DE LA FILLE) ENQUÊTRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE POUR LA FILLE.	N° DE LIGNE DE LA FILLE A Q212..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
912	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là. A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	→ 914
913	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
914	Son vagin a-t-il été fermé par une couture?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
915	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT L'ENFANCE95 NE SAIT PAS 98	
916	Qui a procédé à l'excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONN. 12 AUTRE TRADITION..... 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN.....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME..... 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS98	
917	Est-ce qu'il s'est produit au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.912) l'un des problèmes suivants : Saignements excessifs? Difficultés pour uriner ou rétention d'urine? Gonflement dans la zone génitale ? Infection de la zone génitale? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?	OUI NON NSP SAIGNEMENTS EXCESSIFS1 2 8 DIFFICULTÉ À URINER/ RÉTENTION URINE.....1 2 8 GONFLEMENT1 2 8 INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION1 2 8	→919
918	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
919	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE..... A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE C</p> <p>PRÉSERVATION VIRGINITÉ/ PRÉVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE..... D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME..... E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
920	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées?</p> <p>INSISTER: rien d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ A</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE..... B</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MÊME..... C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME D</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
921	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez-vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PRÉVENIR RELATIONS SEXUELLES..... 1</p> <p>PAS D'EFFET 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
922	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé par votre religion ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
923	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?</p>	<p>MAINTENUE 1</p> <p>DISPARAÎTRE 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
924	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?</p>	<p>CONSERVÉE 1</p> <p>ABANDONNÉE 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 10 : MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1002	VÉRIFIER 1001 : DEUX NAISSANCES OU PLUS: <input type="text"/> ↓	UNE SEULE NAISSANCE (L'ENQUÊTÉE) : <input type="text"/>	→1014
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [2] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [3] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [4] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [5] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [6] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [7] ↓
1007	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [7]
1008	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"/>
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [7]
S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRES OU DE SOEURS, ALLER À 1014							

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN... 1 FÉMININ 2	MASCULIN . 1 FÉMININ 2	
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [8] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [9] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [10] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [11] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [12] ↓	OUI 1 NON 2 1008 ↓ NSP 8 [13] ↓	
1007	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [13]	
1008	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"/>	
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]	
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	OUI 1 1013 ↓ NON 2	
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [13]	
S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRES OU DE SOEURS, ALLER À 1014								
1014	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

CALENDRIER

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

	12 DÉC	01	
	11 NOV	02	
	10 OCT	03	
	09 SEP	04	
2	08 AOUT	05	
0	07 JUIL	06	
0	06 JUIN	07	
1	05 MAI	08	
	04 AVR	09	
	03 MARS	10	
	02 FÉV	11	
	01 JAN	12	

	12 DÉC	13	
	11 NOV	14	
	10 OCT	15	
	09 SEP	16	
2	08 AOUT	17	
0	07 JUIL	18	
0	06 JUIN	19	
0	05 MAI	20	
	04 AVR	21	
	03 MARS	22	
	02 FÉV	23	
	01 JAN	24	

	12 DÉC	24	
	11 NOV	26	
	10 OCT	27	
	09 SEP	28	
1	08 AOUT	29	
9	07 JUIL	30	
9	06 JUIN	31	
9	05 MAI	32	
	04 AVR	33	
	03 MARS	34	
	02 FÉV	35	
	01 JAN	36	

	12 DÉC	37	
	11 NOV	38	
	10 OCT	39	
	09 SEP	40	
1	08 AOUT	41	
9	07 JUIL	42	
9	06 JUIN	43	
8	05 MAI	44	
	04 AVR	45	
	03 MARS	46	
	02 FÉV	47	
	01 JAN	48	

	12 DÉC	49	
	11 NOV	50	
	10 OCT	51	
	09 SEP	52	
1	08 AOUT	53	
9	07 JUIL	54	
9	06 JUIN	55	
7	05 MAI	56	
	04 AVR	57	
	03 MARS	58	
	02 FÉV	59	
	01 JAN	60	

	12 DÉC	61	
	11 NOV	62	
	10 OCT	63	
	09 SEP	64	
1	08 AOUT	65	
9	07 JUIL	66	
9	06 JUIN	67	
6	05 MAI	68	
	04 AVR	69	
	03 MARS	70	
	02 FÉV	71	
	01 JAN	72	

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI
(EDSM-III, 2001)**

QUESTIONNAIRE HOMME

(Français)

Macro International, Inc.
Calverton, Maryland
et
CPS-MS/DNSI-MEF

Décembre, 2000