

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 1h et 1h30minutes. 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 le pays.

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À						
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Niamey, dans une autre capitale, dans une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE ou CAPITALE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	NIAMEY 1 CAPITALE AUTRES PAYS 2 AUTRES VILLES 3 MILIEU RURAL..... 4							
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 105						
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Niamey, dans une autre capitale, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	NIAMEY 1 CAPITALE AUTRES PAYS 2 AUTRES VILLES 3 MILIEU RURAL..... 4							
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS NSP MOIS 98 ANNÉE NSP ANNÉE 9998	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>9</td><td> </td><td> </td></tr></table>			1	9		
1	9								
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						
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 1, secondaire 2, , ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4							
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	CLASSE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>						

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
110	VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE 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 UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE) NON/MAL VOYANT 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI 1 NON 2	
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> →		115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN 00 → 119	
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI 1 NON 2	
119	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE 1 CHRÉTIENE 2 ANIMISTE 3 SANS RELIGION 4 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
121	Quelle est votre Ethnie?	CODE ETHNIE ARABE 01 DJERMA/SONGHAI 02 GOURMANTCHE 03 HAOUSSA 04 KANOURI 05 PEUL 06 TOUAREG 07 TOUBOU 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
122	Quelle langue parlez-vous principalement à la maison ?	ARABE 01 DJERMA/SONGHAI 02 GOURMANTCHE 03 HAOUSSA 04 KANOURI 05 PEUL 06 TOUAREG 07 TOUBOU 08 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI 1 NON 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON FILLES À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS FILLES AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/> <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 à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	FAITES 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="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		226

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	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 ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI 1	AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ←		NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. <input type="text"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. <input type="text"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. <input type="text"/></p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. <input type="text"/></p>								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="text"/>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2001, 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'. (VOIR LES INSTRUCTIONS EN FIN DE QUESTIONNAIRE)		
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 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/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 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 JAN. 2001 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2001 <input type="checkbox"/> →		→ 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 ?	OUI 1 NON 2	→ 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 2001. 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 une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2001 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2001 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
237	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ... JOURS 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A ... MOIS 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
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 ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	→ 240								
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>									
240	Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 301								
241	Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 301								
242	<p>Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.</p> <p>Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>									

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 LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.			
301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 ↘	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
12	RYTHME/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.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 ↘	OUI 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2

303	<p>VERIFIER 302 :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" (A DEJA UTILISE) <input type="checkbox"/></p>		307
N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/>	
308	<p>VÉRIFIER 302 (01) :</p> <p>FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/></p>		311A
309	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 329
311	Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>PILULE C</p> <p>DIU D</p> <p>INJECTIONS E</p> <p>IMPLANTS F</p> <p>CONDOM G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>DIAPHRAGME I</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE J</p> <p>MAMA K</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 313</p> <p>→ 316A</p>
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	<p>COÛT/MOIN CHER 01</p> <p>PLUS DISPONIBLE 02</p> <p>M'A ÉTÉ PRESCRIT 03</p> <p>PLUS EFFICACE 04</p> <p>PAS EFFETS SECONDAIRES 05</p> <p>ÇA ME CONVIENT 06</p> <p>SEULE METHODE CONNUE 07</p> <p>MÉTHODE RÉVERSIBLE 08</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312A	<p>Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT</p>	PLANYL 01 OVRETTE 02 LO FEMENAL 03 MINIDRIL 04 STEDIRIL 05 ADEPAL 06 MICROGYNON 07 AUTRE 96 (PRÉCISER) BOITE NON VUE 98	→ 312C
312B	<p>Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?</p>	PLANYL 01 OVRETTE 02 LO FEMENAL 03 MINIDRIL 04 STEDIRIL 05 ADEPAL 06 MICROGYNON 07 AUTRE 96 (PRÉCISER) NSP 98	
312C	<p>Combien vous coûte une boîte de 3 cycles de pilules ?</p>	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 9996 NSP 9998	→ 316A
313	<p>Où a eu lieu la stérilisation ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRE 12 MATERNITE 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 21 MÉDECIN 22 AUTRE PRIVE 26 MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	OUI 1 NON 2 NSP 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?		
316A	Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?	MOIS ANNÉE	
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 : IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNÉE DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
317	VÉRIFIER 316/316A : L'ANNÉE EST 2001 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 2000 OU AVANT <input type="checkbox"/>		327
319	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCELRÉ À 311/311A, ENCELRER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCELRÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 322 → 331 → 320A → 331 → 331 → 331
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRE 12 MATERNITE 13 CASE DE SANTE 14 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 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 ENCELRER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 PHARMACIE 23 CABINET/SALLE DE SOINS..... 24 VENDEUR AMBULANT..... 25 AUTRE PRIVÉ 26 MÉDICAL (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 BAR/BOITE DE NUIT 32 KIOSQUE 33 TABLIER 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL 36 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10 MAMA 11	→ 327 → 325 → 325 → 325 → 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	Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> </div> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 327
326	Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 → 331

N ^o .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE 12</p> <p>MATERNITE 13</p> <p>CASE DE SANTE 14</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE 15</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>CABINET/SALLE DE SOINS..... 23</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT 32</p> <p>KIOSQUE 33</p> <p>TABLIER 34</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35</p> <p>HOTEL/MOTEL 36</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>
329	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 331</p>
330	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>y a-t-il un autre endroit? Aucun autre endroit ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE B</p> <p>MATERNITE C</p> <p>CASE DE SANTE D</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>CABINET/SALLE DE SOINS..... I</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... J</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT N</p> <p>KIOSQUE O</p> <p>TABLIER P</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS Q</p> <p>HOTEL/MOTEL R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

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

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS <input type="checkbox"/> NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD	PAS DE <input type="checkbox"/> NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD	487			
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). 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	NUMERO DE LIGNE DE Q 212	DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE <input type="text"/>		
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM <input type="text"/> VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>		
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , voulez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou voulez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ?	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423) ←	À CE MOMENT . . . 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="text"/> ANNEES . . 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS . . . 1 <input type="text"/> ANNEES . . 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	MOIS . . . 1 <input type="text"/> ANNEES . . 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
407	Pour la dernière grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? Si OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. Si NON, ENCERCLEZ CODE 'Y'	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. FORMÉE/MATRONNE E ACCOUCHEUSE TRAD.NON FORMÉE F AUTRE X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ←				
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98				
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98				
410	VERIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412)				

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné un échantillon de sang ?	OUI NON POIDS 1 2 TAILLE 1 2 TENSION 1 2 URINE 1 2 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 ou la fesse 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 ?	NO. 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 ? MONTRER COMPRIMÉ.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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 ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR/MALOXINE A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE C QUININE D MÉDICAMENT INCONNU Z AUTRE X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MÉDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "A" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 422E)	
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR/MALOXINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS	<input type="text"/> <input type="text"/>	
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 422E)	
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR/MALOXINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISER)		
422E	VERIFIER 422 : TYPE DE MÉDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "B" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)	
422F	Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS	<input type="text"/> <input type="text"/>	

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS		AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM		NOM		NOM	
422G	VERIFIER 407 : SOINS PRENATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLE <input type="checkbox"/>	AUTRE CODE ENCERCLE <input type="checkbox"/> (PASSER A 423)				
422H	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISER)					
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8			
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8			
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998			
425A	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-il/elle été enregistrée à l' état civil?	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8			
425B	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ?	COÛT 1 ELOIGNEMENT 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE 4 PAS NECESSAIRE 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8	COÛT 1 ELOIGNEMENT 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE 4 PAS NECESSAIRE 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8	COÛT 1 ELOIGNEMENT 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE 4 PAS NECESSAIRE 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8			

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM	NOM	NOM
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. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME ... B INFIRMIÈRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. FORMEE/MATRONNE E ACCOUCHEUSE TRAD.NON FORMEE F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. FORMEE/MATRONNE E ACCOUCHEUSE TRAD.NON FORMEE F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN A SAGE-FEMME B INFIRMIÈRE .. C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. FORMEE/MATRONNE E ACCOUCHEUSE TRAD.NON FORMEE F 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 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTÉ . 23 CASE DE SANTÉ . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 MATERNITE PRIVÉ..... 32 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTÉ . 23 POSTE DE SANTÉ . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 MATERNITE PRIVÉ..... 32 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTÉ . 23 POSTE DE SANTÉ . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 MATERNITE PRIVÉ..... 32 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←
427A	Au moment de la naissance de (PRENOM), avez-vous eu un des problèmes suivants: Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de douze heures? Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger? Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes? Des convulsions non causées par de la fièvre?	OU/INON LONG TRAVAIL 1 2 SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES 1 2 CONVULSIONS 1 2	OUI NON LONG TRAVAIL 1 2 SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES 1 2 CONVULSIONS 1 2	OUI NON LONG TRAVAIL 1 2 SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES 1 2 CONVULSIONS 1 2
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 435) ← 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 villageoise vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 433)	OUI 1 NON 2	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" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES APRÈS ACC. 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRAD. FORMÉE/MATRONNE 21 ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMÉE 22 AUTRE 24 (PRECISER) _____ PERSONNE 26		
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 21 CENTRE DE SANTÉ 22 CASE DE SANTÉ 23 AUTRE PUBLIC 26 (PRECISER) _____ SECTEUR MÉDICAL PRIVE HÔPITAL/CLINIQUE PRIVE 31 AUTRE PRIVE MÉDICAL 36 (PRECISER) _____ AUTRE 96 (PRECISER) _____		
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON 2 NSP 8		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←		
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←	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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
437	VERIFIER 226 : ENQUETÉE ENCEINTE ?	NON ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS ENCEINTE SURE <input type="checkbox"/> (PASSER À 439) ←		

	DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
	NOM _____	NOM _____	NOM _____
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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ? OUI 1 NON 2 (PASSER À 447)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447)
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? IMMÉDIATEMENT 000 SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS. HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ? OUI 1 NON 2 (PASSER À 444)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444)
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/QUINQUELIBA H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/QUINQUELIBA H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ/QUINQUELIBA H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER)
444	VERIFIER 404 : ENFANT VIVANT ? EN VIE <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER À 446)	EN VIE <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER À 446)	EN VIE <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER À 446)
445	Allaitez-vous encore (NOM) ? OUI 1 NON 2 (PASSER À 448)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 448)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 448)
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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS		AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM		NOM		NOM	
447	VERIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, AVANT-DERNIERE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <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	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
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	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
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

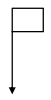
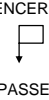
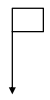
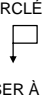

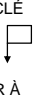
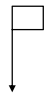
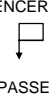
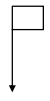
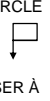
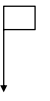
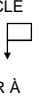
SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).											
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>								
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) ↓	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> NAISSANCE ALLER À 484) ↓	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) ↓								
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8								
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET 3								
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2	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. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.											
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE								
	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	BCG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 0 (à la naissance)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P0	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	POLIO 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	P3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	DTcoq 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	D3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	ROUGEOLE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ROU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	FIÈVRE JAUNE	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIJA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	FIJA	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT. A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VIT. A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :			
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8
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"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite au bras droit donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 466) ←
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 E AUTRE X	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 E AUTRE X	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 E AUTRE X
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 <input type="checkbox"/> OU 467 AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 <input type="checkbox"/> OU 467 AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 <input type="checkbox"/> OU 467 AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475) ←
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	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 NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B MATERNITE C CENTRE DE SANTE FAMILIAL D CASE DE SANTE E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET/SALLE DE S H PHARMACIE I VEND. AMBULANT J AUTRE MEDICAL PRIVÉ K _____ (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L GUÉRISSEUR TRADITIONNEL M AUTRE X _____ (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B MATERNITE C CENTRE DE SANTE FAMILIAL D CASE DE SANTE E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET/SALLE DE SO H PHARMACIE I VEND. AMBULANT J AUTRE MEDICAL PRIVÉ K _____ (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQU L GUÉRISSEUR TRADITIONNEL M AUTRE X _____ (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B MATERNITE C CENTRE DE SANTE FAMILIAL D CASE DE SANTE E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G CABINET/SALLE DE SO H PHARMACIE I VEND. AMBULANT J AUTRE MEDICAL PRIVÉ K _____ (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQU L GUÉRISSEUR TRADITIONNEL M AUTRE X _____ (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, 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
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER 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 DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR/ MALOXINE A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE C QUININE D AUTRE ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR/ MALOXINE ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL..... F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉEN FANSIDAR/ MALOXINE ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE ... C QUININE D AUTRE ASPIRINE/ PARACETAMOL . E PANADOL..... F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION A SUPPOSITOIRE B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z	INJECTION A SUPPOSITOIRE ... B AUCUN Y NE SAIT PAS Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ  CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ  CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ  CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar/Maloxine ?	MEME JOUR 0 LE JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS 8	MEME JOU..... 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PAS..... 8	MEME JOUI..... 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRES . 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . 3 NE SAIT PA..... 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar/Maloxine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8
474E	Aviez-vous le Fansidar/Maloxine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar/Maloxine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ  CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ  CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ  CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISS.		AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
474G	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUF..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS..... 8		MEME JOUI..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PA..... 8	
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7.	JOURS <input type="text"/> NSP 8		JOURS <input type="text"/> NSP 8		JOURS <input type="text"/> NSP 8	
474I	Aviez-vous la chloroquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	
474J	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine/Camoquine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8		MEME JOUF..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS..... 8		MEME JOUI..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PA..... 8	
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine/Camoquine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7.	JOURS <input type="text"/> NSP 8		JOURS <input type="text"/> NSP 8		JOURS <input type="text"/> NSP 8	
474M	Aviez-vous l'Amodiaquine/Camoquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine Camoquine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8		A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 474R)

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
474O	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUF..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS..... 8	MEME JOUI..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PA..... 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7.	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8	JOURS <input type="text"/> NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C AUTRE X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C AUTRE X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C AUTRE X (PRÉCISER)
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NONNSP	OUI NONNSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on (d'autre) donné pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) 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) ←	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 LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B CASE DE SANTE C AGENT SANTÉ COMMUNAUT D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ H AUTRE MEDICAL PRIVÉ I (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOS J GUÉRISSEUR TRADITIONNEL K VENDEUR AMBULANT L AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B CASE DE SANTE C AGENT SANTÉ COMMUNAUT E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQU M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B CASE DE SANTE C AGENT SANTÉ COMMUNAUT E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQU M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N AUTRE _____ X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2001 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		487
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR 04 ENTERRE DANS LA COUR 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU 06 UTILISE COUCHES JETABLES 07 UTILISE COUCHES LAVABLES 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU QUESTION NON-POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/>		487A
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? MONTRER LE SACHET DE SRO.	OUI 1 NON 2	→ 488
487A	Avez-vous un sachet de SRO à la maison ?	OUI 1 NON 2	→ 488
487B	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez ? OBSERVER LA MARQUE DE SACHET DE SRO.	ORASEL 1 SRO UNICEF 2 SRO USAID 3 SRO CHINOIS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) SACHET NON VU 8	→ 487D
487C	Connaissez-vous le nom de la marque de SRO que vous avez en ce moment ?	ORASEL 1 SRO UNICEF 2 SRO USAID 3 SRO CHINOIS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NSP 8	
487D	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez maintenant ?	COUT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 995 NSP 998	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		490

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
489	<p>Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER : Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p>													
490	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>UN</td> <td>PAS UN</td> </tr> <tr> <td></td> <td>GROS</td> <td>GROS</td> </tr> <tr> <td></td> <td>PRO-</td> <td>PRO-</td> </tr> <tr> <td></td> <td>BLÈME</td> <td>BLÈME</td> </tr> </table> <p>OÙ ALLER 1 2</p> <p>PERMISSION 1 2</p> <p>ARGENT 1 2</p> <p>DISTANCE 1 2</p> <p>TRANSPORT 1 2</p> <p>ALLER SEULE 1 2</p> <p>PERSON. FEM. 1 2</p>		UN	PAS UN		GROS	GROS		PRO-	PRO-		BLÈME	BLÈME	
	UN	PAS UN													
	GROS	GROS													
	PRO-	PRO-													
	BLÈME	BLÈME													
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2003 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2003 OU APRÈS ET VIVANT AVEC ELLE</p> <p><input type="checkbox"/> → 495</p>													
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b 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'. SI LE LIQUIDE DEMANDE N'EST PAS BU, INSCRIRE '0'</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>												

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou autres céréales ?</p> <p>b Citrouille, 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, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye ?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. SI LA NOURRITURE N'EST PAS REÇUE, INSCRIRE '0'</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>
495	<p>La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre ménage, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS ... 3 AUTRE 9</p>	
496	<p>Fumez-vous actuellement des cigarettes ou chiquez-vous du Tabac? SI OUI : Que fumez-vous/chiquez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>OUI, CIGARETTES A OUI, PIPE B OUI, AUTRE TABAC C NON Y</p>	<p>→ 499B</p>
498	<p>Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?</p>	<p>CIGARETTES <input type="text"/></p>	
499B	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 3 derniers mois.</p> <p>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison ?</p> <p>SI OUI : combien d'injections avez-vous eu?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	<p>→ 501</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499C	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À '94', OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	<p>→ 501</p>
499D	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 12</p> <p>CASE DE SANTE 13</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>DENTISTE 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>CABINET PRIVÉ/DOMICILE DE INFIRMIÈRE/AGENT SANTÉ ... 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>À LA MAISON 31</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
499E	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 504
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 → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____ NO. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 510
508	En vous comptant, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> <input type="text"/> ET DE PARTENAIREs NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme mariée En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU PAS VEUVE <input type="checkbox"/> VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 516

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	MARIÉE UNE FOIS <input type="checkbox"/>	518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE 1 AUTRE ÉPOUSE 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	518
517	Avez-vous reçu des biens ou des biens ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE. 95	521 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	544
521	VÉRIFIER 106 : 15-24 ANS <input type="checkbox"/>	25-49 ANS <input type="checkbox"/>	526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS 1 IL Y A ... SEMAINES 2 IL Y A ... MOIS 3 IL Y A ... ANNÉES 4	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 539

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 529) ←
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 531) ←
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE .. 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ..... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ..... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ..... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ..... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 538) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE ... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
532	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS .. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
533	VÉRIFIER 106 :	15-24 25-49 ANS ANS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 ANS ANS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ←	15-24 25-49 ANS ANS <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 538) ←
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 538) ← NSP 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP..... 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP..... 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NSP..... 8 (PASSER À 538) ←
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN 3
537	Mis à part (cette/ces deux) personne(s) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 (RETOUR À 527 ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ←	OUI 1 (RETOUR À 527 ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ←	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
539	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
540	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE ; MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	544
541	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉE 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI 1 NON 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3	
544	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI 1 NON 2	601
545	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? _____ (NOM DE L'ENDROIT) ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE DE SANTÉ B CASE DE SANTE C CLINIQUE PF D AGENT COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G MÉDECIN PRIVÉ H PHARMACIE I CABINET/SALLE DE SOINS..... J VENDEUR AMBULANT..... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M BAR/BOITE DE NUIT N KIOSQUE O TABLIER P AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS Q HOTEL/MOTEL R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
547	VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	601
548	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 CASE DE SANTE 13 CLINIQUE PF 14 AGENT COMMUNAUTAIRE 15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 PHARMACIE 23 CABINET/SALLE DE SOINS..... 24 VENDEUR AMBULANT..... 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 BAR/BOITE DE NUIT 32 KIOSQUE 33 TABLIER 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP 98	→ 601
549	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois ?	VISA 1 ROMED 2 DUMPER 3 CAREX 4 SULTAN..... 5 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER) NSP 8	
550	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté ?	NOMBRE DE CONDOMS <input type="text"/> <input type="text"/> (SI PLUS DE 96, INSCRIRE 96) NSP 98 JAMAIS ACHETE DES CONDOMS 99	→ 601
551	Combien avez-vous payé ?	COUT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 9998	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		614								
602	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	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'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 → 604 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN 2 → 614 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 610 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 608 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE 5								
603	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 614 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 609 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998								
604	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		610								
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		608								
606	VÉRIFIER 603 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		610								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</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</p> <p>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 UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		<p>→ 614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	<p>→ 614</p>

NO.	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 un avenir proche ou lointain ?	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 DES FONCTIONS NORMALES 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="checkbox"/> N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou 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.	PAS D'ENFANT 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 ?	NOMBRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">GARÇONS</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">FILLES</td> <td style="width: 20px; text-align: center;">N'IMPORTE</td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> AUTRE 96 (PRÉCISER)	GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																
GARÇONS	FILLES	N'IMPORTE																			
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	APPROUVE 1 DÉSAAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8																			
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 ? Sur des prospectus ou une brochure ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES	1	2	AFFICHE	1	2	PROSPECTUS OU BROCHURES	1	2	
	OUI	NON																			
RADIO	1	2																			
TÉLÉVISION	1	2																			
JOURNAUX OU MAGAZINES	1	2																			
AFFICHE	1	2																			
PROSPECTUS OU BROCHURES	1	2																			

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																				
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	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 FRÈRE(S) E FILLE(S) F FILS G BELLE-MÈRE(S) H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) I AUTRE X (PRÉCISER)																					
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUEL-LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 628																				
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 624																				
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)																					
624	Maintenant je voudrais vous demander les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8																					
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3																					
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 628																				
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																					
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une Infection sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IL A UNE IST</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHE. RÉCENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	IL A UNE IST	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8	ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8	FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
IL A UNE IST	1	2	8																				
AUTRES FEMMES	1	2	8																				
ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8																				
FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8																				
629	Quand une femme sait que son mari a une Infection transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																					

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
630	VÉRIFIER 501 : ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/EN UNION ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →		701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 707
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, , ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2nd CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 706
705	Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevé à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI 1 NON 2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 719
710	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	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	
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 RIEN 1 MOINS DE LA MOITIÉ 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ 3 PLUS DE LA MOITIÉ 4 LA TOTALITÉ 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
719	Dans votre ménage, 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 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 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 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 ENFANTS <10 ANS 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle se dispute avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 SE DISPUTE 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↙ 810
809	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE	1	2	8																
ACCOUCHEMENT	1	2	8																
ALLAITEMENT	1	2	8																
812	VÉRIFIER 811 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓		814																
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
815	VÉRIFIER 215 : DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2004 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2004 <input type="checkbox"/> →		824																
816	VÉRIFIER 407 : VUE QUELQU'UN POUR DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> N'A VU PERSONNE <input type="checkbox"/> →		824																
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse. Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2													
OUI	1																		
NON	2																		
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	→ 824												
OUI	1																		
NON	2																		
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2													
OUI	1																		
NON	2																		
821	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL 11 CEDAV 12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 21 LABO. PRIVÉ 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	→ 825												
OUI	1																		
NON	2																		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL 11 CEDAV 12 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 21 LABO. PRIVÉ 22 AUTRE PRIVÉ 26 MÉDICAL (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HOPITAL A CEDAV B AUTRE G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE ... H LABO. PRIVÉ I AUTRE PRIVÉ J MÉDICAL (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
834	Si un enseignant/enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI 1 NON 2	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUCUN <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	→ 853
851	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ? Y a-t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITE PAR L'ENQUETEE	DOULEUR ABDOMINALE A ÉCOULEMENT GÉNITAL B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUES GÉNITALES H DÉMANGEAISONS GÉNITALES I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS... K IMPUISSANCE L AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME Y NE SAIT PAS Z	
852	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ? Y a-t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE A PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G VERRUES GÉNITALES H DÉMANGEAISONS GÉNITALES I SANG DANS LES URINES J PERTE DE POIDS... K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME Y NE SAIT PAS Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
853	VÉRIFIER 519 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	901
854	VÉRIFIER 850 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/>	N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/>	856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/>	N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	901
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	861
860	Où êtes-vous allée ? Y a-t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B CASE DE SANTE C CENTRE CTV D AGENT COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ H MÉDECIN PRIVÉ I CENTRE CTV J PHARMACIE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISER) AUTRE SOURCE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N BOUTIQUE O AUTRE X (PRÉCISER)	
861	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	901 901

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
862	<p>Où est-il allé ?</p> <p>Y a t-il un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE SANTÉ B</p> <p>CASE DE SANTE C</p> <p>CENTRE CTV D</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CENTRE CTV J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL N</p> <p>BOUTIQUE O</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

SECTION 9A. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 925
903	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	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 ? SI OUI, RETOURNER À Q.904. VÉRIFIER ET CHANGER SI NÉCESSAIRE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par un moyen quelconque ?	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.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD. 11 ACCOUCHEUSE TRAD 12 AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ MEDECIN 21 INFIRMIÈRE 22 SAGE-FEMME 23 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE ↓ N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE →		→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 918

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																				
911	<p>Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>ENQUETRIX: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE</p>	<p>LIGNE DE LA FILLE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE Q.212</p>																					
912	<p>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.</p> <p>A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 914																				
913	<p>A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					
914	<p>Son vagin a-t-il été fermé par un moyen quelconque ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					
915	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ?</p> <p>SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DURANT ENFANCE 95</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																					
916	<p>Qui a procédé à l'excision ?</p>	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRAD. 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD 12</p> <p>AUTRE TRADITION. 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MEDECIN 21</p> <p>INFIRMIÈRE 22</p> <p>SAGE-FEMME 23</p> <p>AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																					
917	<p>Avez-vous observé au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.911) l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs ?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT EXCES.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>GONFLEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8	DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8	GONFLEMENT	1	2	8	INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8	→ 919
	OUI	NON	NSP																				
SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8																				
DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8																				
GONFLEMENT	1	2	8																				
INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8																				
918	<p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>	
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-MEME. 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>PREVENIR 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 exigée 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>DISPARAITRE 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 9B. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
925	Connaissez-vous la maladie dénommée « fistule » c'est-à-dire, la « maladie de l'urine » ?	OUI 1 NON 2	→ 1001A
926A	Quelles sont selon vous, les causes de cette maladie ? (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE E TROP D'ACCOCHEMENTS SUCCESSIFS..... F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE G ACCOCHEMENT D'UN GROS BEBE H ACCOCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE I VOLONTE DE DIEU J AUTRES X (PRECISER) NE SAIT PAS Y	
926B	Quelles sont selon vous les principales manifestations de cette maladie ? (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	AMAIGRISSEMENT CONTINU A PERTE INVOLONTAIRE DES URINES B PERTE INVOLONTAIRE DES SELLES C PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ET DES SELLES D CONSTAMMENT MOUILLEES E ODEURS NAUSEABONDES F INFIRMITE LOCOMOTRICE RELATIVE G AUTRES X (PRECISER) NE SAIT PAS Y	
927	Peut-on soigner, selon vous, cette maladie et en guérir ?	OUI 1 NON 2	
928	Etes-vous atteint ou avez-vous déjà contracté cette maladie ?	OUI 1 NON 2	→ 929B
929A	Comment, selon vous, avez-vous contracté cette maladie ? (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE E TROP D'ACCOCHEMENTS SUCCESSIFS..... F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE G ACCOCHEMENT D'UN GROS BEBE H ACCOCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE I VOLONTE DE DIEU J AUTRES X (PRECISER) NE SAIT PAS Y	
929B	Comment, selon vous, contracte t-on cette maladie ? (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE C TROP D'ACCOCHEMENTS SUCCESSIFS..... D MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE E ACCOCHEMENT D'UN GROS BEBE F ACCOCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE G VOLONTE DE DIEU H AUTRES X (PRECISER) NE SAIT PAS Y	

		(VERIFICATION A Q928) SI Q928=1 (SI Q928=2, ALLER A Q935)	
930	Comment faites-vous ou comment avez-vous fait pour vous soigner principalement ?	CENTRE DE SANTÉ 01 MATERNITÉ 02 HOPITAL 03 CLINIQUE PRIVÉE 04 AUTRE STRUCTURE MÉDICALE (A PRÉCISER) 06 SOINS TRADITIONNELS AU VILLAGE .. 07 AUCUN TRAITEMENT 08 AUTRE..... 09 (A PRÉCISER)	→ 933 → 934B
931	Si vous suivez ou vous avez suivi un traitement en relation avec votre fistule dans un centre de santé moderne, combien d'opérations chirurgicales, avez-vous subies ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI AUCUNE FOIS 00	→ 935
932A	Cette opération chirurgicale ou la dernière opération chirurgicale subie, a-t-elle été selon vous une réussite ?	OUI 1 NON 2	→ 932C
932B	Pourquoi pensez-vous que cette opération est réussie ?	CESSATION TOTALE DES PERTES D'URINES A REPRISE NORMALE DES ACTIVITES QUOTIDIENNES..... B SENSATION DE DELIVRANCE ET DE MIEUX ETRE..... C RETOUR A LA VIE DE FAMILLE D AUTRES X (PRÉCISER)	→ 935
932C	Pourquoi pensez-vous que cette opération n'est pas réussie ?	AGGRAVATION : PERTES D'URINES TROP FREQUENTES A AUCUNE AMELIORATION B DOULEURS EXCESSIVES C MAINTIEN EN INTERNEMENT EN MILIEU MEDICAL... .. D NOUVELLE OPERATION PLANIFIEE..... E AUTRES X (PRÉCISER)	→ 935
933	Depuis combien de temps suivez-vous ces traitements traditionnels/ ou sur quelle période avez-vous suivi ces traitements ?	NOMBRE DE MOIS..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
934A	Quels sont selon vous les résultats de ces traitements traditionnels?	AGGRAVATION..... 1 AUCUNE AMÉLIORATION..... 2 AMÉLIORATIONS SIGNIFICATIVES..... 3 GUÉRISON PARTIELLE..... 4 GUÉRISON COMPLÈTE..... 5 DURÉE DE TRAITEMENT TROP COURT POUR JUGER..... 6 SANS OPINION..... 7	
934B	Pourquoi êtes-vous demeurée sans soin jusque-là ?	PROBLEMES D'INFORMATIONS A MALADIE INCURABLE B SORCELLERIE..... C MANQUE DE SOUTIEN FAMILIAL..... D MANQUE D'ARGENT..... E SANS OPINION..... F AUTRE..... X (A PRÉCISER)	

935	<p>Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants ?</p> <p>a) Eviter les mariages précoces des adolescentes de moins de 18 ans</p> <p>b) Encourager la scolarisation de la jeune fille</p> <p>c) Eviter les grossesses précoces</p> <p>d) Eviter les grossesses trop nombreuses</p> <p>e) Eviter les grossesses trop rapprochées</p>	<table> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				
OUI	NON	NSP																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
936	<p>Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants en cas de grossesse?</p> <p>a) Faire des consultations prénatales dans un centre de santé ..</p> <p>b) Accoucher en milieu hospitalier ou dans une maternité</p> <p>c) Faire des consultations postnatales.....</p> <p>d) Participer aux séances de planification familiale.....</p> <p>e) Eviter de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.).....</p> <p>f) Eviter de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles</p>	<table> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
OUI	NON	NSP																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
937	<p>Connaissez-vous d'autres femmes qui souffrent ou qui ont souffert de la fistule ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 1001A</p>																					
938	<p>Si oui, combien de femmes ?</p>	<p>NOMBRE DE FEMMES</p>																						
939	<p>Pouvez-vous indiquer le lieu de leur résidence actuelle (localité, commune et région) ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																					

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 1001H
1001B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI 1 NON 2	→ 1001H
1001G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001H	ADDITIONNER LES REPONSES À 1001B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1001I	VÉRIFIER 1001H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1001A - 1001H COMME IL SE DOIT.		
1002	VÉRIFIER 1001H : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		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"/>	

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

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [7]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
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) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 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 ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1008 NSP 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
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) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 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 ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW				HEURES	<input type="text"/> <input type="text"/>	
					MINUTES	<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 : _____

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	
6	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	
5	05	MAI	20	
	04	AVR	21	
	03	MARS	22	
	02	FÉV	23	
	01	JAN	24	

	12	DÉC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
	09	SEP	28	
2	08	AOUT	29	
0	07	JUIL	30	
0	06	JUIN	31	
4	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	
2	08	AOUT	41	
0	07	JUIL	42	
0	06	JUIN	43	
3	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	
2	08	AOUT	53	
0	07	JUIL	54	
0	06	JUIN	55	
2	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	
2	08	AOUT	65	
0	07	JUIL	66	
0	06	JUIN	67	
1	05	MAI	68	
	04	AVR	69	
	03	MARS	70	
	02	FÉV	71	
	01	JAN	72	

