

**ENQUÊTE SUR LES INDICATEURS DU SIDA (EIS-CI)
RÉPUBLIQUE DE CÔTE D'IVOIRE
QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

MINISTÈRE DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION								
NOM DE LA LOCALITÉ _____								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE/No DE MÉNAGE _____								
NUMÉRO DE STRUCTURE								
NUMÉRO DE GRAPPE (EIS-CI)								
RÉGION								
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)								
GRANDE VILLE/VILLE/PETITE VILLE/RURALE (GRANDE VILLE=1, VILLE=2, PETITE VILLE=3, RURAL=4)								
LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2) DANS LE QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL				<input type="checkbox"/>				
VISITES D'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE _____	_____	_____	_____	JOUR _____				
NOM DE L'ENQUÊTEUR/TRICE _____	_____	_____	_____	MOIS _____				
RÉSULTAT* _____	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>	2	0	0	
2	0	0						
PROCHAINE DATE VISITE _____	_____	_____		CODE _____				
HEURE _____	_____	_____		RÉSULTAT _____				
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>				
CODES RÉSULTAT 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				TOTAL DANS LE MÉNAGE <input type="checkbox"/> TOTAL FEMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> TOTAL HOMMES ÉLIGIBLES <input type="checkbox"/> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ[E] POUR QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="checkbox"/>				
CHEF D'ÉQUIPE: NOM _____		CONTRÔLE BUREAU NOM _____		SAISI PAR NOM _____				
DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		DATE _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				

A. TABLEAU MÉNAGE

J'aimerais maintenant vous demander des informations sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

CODES POUR Q.3 (LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE M.)			10=NIÈCE/NEVEU PAR ALLIANCE
01=CHEF DE MÉNAGE	06=PÈRE OU MÈRE		
02=MARI OU FEMME	07=BEAU PÈRE/BELLE MÈRE		11=AUTRE PARENT
03=FILS OU FILLE	08=FRÈRE OU SOEUR		12=ENFANT ADOPTÉ/EN GARDE/DU CONJOINT
04=GENDRE OU BELLE FILLE	09=NIÈCE/NEVEU		13=SANS PARENTÉ
05=PETIT FILS/FILLE			98=NE SAIT PAS

**CODES POUR Q.10	
INSTRUCTION NIVEAU	INSTRUCTION ANNÉES
1=PRIMAIRE	0=MOINS
2=SECONDAIRE	D'1 ANNÉE
3=SUPÉRIEUR(*)	ACHEVÉE
8=NE SAIT PAS	8=NE SAIT PAS

No. LI-GNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBLE POUR ENQUÊTE INDIVIDUELLE	SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 18-59 ANS ADULTE MALADE	SI ÂGÉ DE 5-17 ANS			
				INSTRUCTION				BESOINS MATÉRIELS DE BASE							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
	S'il vous plaît donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) habite-t-il habituellement ici?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM)?	ENCERCLEZ LE No. DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES ET FEMMES DE 15-49	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau que (NOM) a atteint?*	Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée à ce niveau?*	(NOM) fréquente-t-il actuellement l'école?	(NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois. Par très malade, je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.	(NOM) a-t-il une couverture?	(NOM) a-t-il une paire de chaussures?	(NOM) a-t-il au moins un habillement de rechange?
			H F	O N	O N	ANNÉE		O N	NIV. CLAS.	O N	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP	
01			1 2	1 2	1 2		01	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
02			1 2	1 2	1 2		02	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
03			1 2	1 2	1 2		03	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
04			1 2	1 2	1 2		04	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
05			1 2	1 2	1 2		05	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
06			1 2	1 2	1 2		06	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
07			1 2	1 2	1 2		07	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
08			1 2	1 2	1 2		08	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	

(1) SI L'ENQUÊTE SE DÉROULE PENDANT LES VACANCES ENTRE 2 ANNÉES SCOLAIRES, IL FAUDRA REFORMULER CETTE QUESTION COMME SUIV: "(NOM) a-t-il fréquenté l'école durant l'année scolaire qui s'est terminée en [MOIS] de [L'ANNÉE SCOLAIRE PRÉCÉDENTE]?"

***CODES POUR Q.16 À 21

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT
AUX Q.17 ET 20, ENREGISTREZ '00' SI LES PARENTS
NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU MÉNAGE

SI ÂGÉ DE 0-17 ANS											SI 0-4 ANS
SURVIE DES PARENTS ET RÉSIDENCE***						PARENTS EN VIE	FRÈRE DE 0-17 ANS	SOEUR DE 0-17 ANS		DÉCLARATION DE LA NAISSANCE	
La mère biologique de (NOM) est-elle en vie?	SI LA MÈRE EST EN VIE		Le père biologique de (NOM) est-il en vie?	SI LE PÈRE EST EN VIE		VÉRIFIER Q.16 ET Q.19 SI 'OUI' À Q.16 ET Q.19 (LES DEUX PARENTS VIVANTS) COCHER '1', SINON COCHER '2'.	(NOM) a-t-il des frères biologiques de moins de 18 ans ? Par frères biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Tous ces frères de (NOM) vivent-ils dans ce ménage?	(NOM) a-t-il des soeurs biologiques de moins de 18 ans ? Par soeurs biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Toutes ces soeurs de (NOM) vivent-elles dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle un extrait de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?
	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE ET ALLEZ A Q.19 . SI NON: NOTEZ '00'.	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois dans le 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois?		Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU PÈRE ET ALLEZ A Q.22	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans le 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois?						
(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)
O N NSP	O N NSP	OUI NON NSP	O N NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON	O N NSP	O N	O N NSP	O N	O N NSP
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 8 Q.23 ←	<input type="checkbox"/>	1 2 8	1 2 Q.27 ←	1 2 8 Q.25 ↓	1 2	1 2 8 Q.27 ↓	1 2	1 2 8

A. TABLEAU MÉNAGE

J'aimerais maintenant vous demander des informations sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

CODES POUR Q.3 (LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE M.)			10=NIÉE/NEVEU PAR
01=CHEF DE MÉNAGE	06=PÈRE OU MÈRE		ALLIANCE
02=MARI OU FEMME	07=BEAU PÈRE/BELLE MÈRE		11=AUTRE PARENT
03=FILS OU FILLE	08=FRÈRE OU SOEUR		12=ENFANT ADOPTÉ/EN
04=GENDRE OU BELLE FILLE	09=NIÉE/NEVEU		GARDE/DU CONJOINT
05=PETIT FILS/FILLE			13=SANS PARENTÉ
			98=NE SAIT PAS

**CODES POUR Q.10	
INSTRUCTION NIVEAU	INSTRUCTION ANNÉES
1=PRIMAIRE	0=MOINS
2=SECONDAIRE	D'1 ANNÉE
3=SUPÉRIEUR(*)	ACHEVÉE
8=NE SAIT PAS	8=NE SAIT PAS

No. LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	ÉLIGIBLE POUR ENQUÊTE INDIVIDUELLE	SI ÂGÉ DE 6 ANS OU PLUS			SI ÂGÉ DE 18-59 ANS ADULTE MALADE	SI ÂGÉ DE 5-17 ANS			
				INSTRUCTION				BESOINS MATÉRIELS DE BASE							
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	
	S'il vous plaît donnez-moi le nom des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage?*	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	(NOM) habite-t-il habituellement ici?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici?	Quel âge a (NOM)?	ENCERCLEZ LE No. DE LIGNE DE TOUS HOMMES ET FEMMES DE 15-49	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école?	Quel est le plus haut niveau que (NOM) a atteint?*	Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée à ce niveau?*	SI ÂGÉ DE 6-25 ANS (NOM) fréquente-t-il actuellement l'école?	(NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois. Par très malade, je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.	(NOM) a-t-il une couverture?	(NOM) a-t-il une paire de chaussures?	(NOM) a-t-il au moins un habillement de rechange?
			H F	O N	O N	ANNÉE		O N	NIV. CLAS.	O N	O N NSP	O N NSP	O N NSP	O N NSP	
09			1 2	1 2	1 2		09	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
10			1 2	1 2	1 2		10	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
11			1 2	1 2	1 2		11	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
12			1 2	1 2	1 2		12	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
13			1 2	1 2	1 2		13	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
14			1 2	1 2	1 2		14	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	
15			1 2	1 2	1 2		15	1 2 Q.12 ↓		1 2	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	

(*) POUR LE NIVEAU SUPERIEUR, SI 4 ANS OU PLUS ACHEVEE, NOTER "4".

***CODES POUR Q.16 À 21

CES QUESTIONS CONCERNENT LES PARENTS
BIOLOGIQUES DE L'ENFANT
AUX Q.17 ET 20, ENREGISTREZ '00' SI LES PARENTS
NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU MÉNAGE

SI ÂGÉ DE 0-17 ANS											SI 0-4 ANS
SURVIE DES PARENTS ET RÉSIDENCE***						PARENTS EN VIE	FRÈRE DE 0-17 ANS	SOEUR DE 0-17 ANS		DÉCLARATION DE LA NAISSANCE	
La mère biologique de (NOM) est-elle en vie?	SI LA MÈRE EST EN VIE		Le père biologique de (NOM) est-il en vie?	SI LE PÈRE EST EN VIE		VÉRIFIER Q.16 ET Q.19 SI 'OUI' À Q.16 ET Q.19 (LES DEUX PARENTS VIVANTS) COCHER '1', SINON COCHER '2'.	(NOM) a-t-il des frères biologiques de moins de 18 ans ? Par frères biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Tous ces frères de (NOM) vivent-ils dans ce ménage?	(NOM) a-t-il des soeurs biologiques de moins de 18 ans ? Par soeurs biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Toutes ces soeurs de (NOM) vivent-elles dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle un extrait de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?
	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA MÈRE ET ALLEZ A Q.19 . SI NON: NOTEZ '00'.	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois?		Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage? SI OUI: Quel est son nom? NOTEZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU PÈRE ET ALLEZ A Q.22	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Le père de (NOM) a-t-il été très malade pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant au moins 3 mois dans les 12 derniers mois?						
(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)
O N NSP	O N NSP	OUI NON NSP	O N NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON	O N NSP	O N	O N NSP	O N	O N NSP
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8
1 2 8 Q.19		1 2 8	1 2 8 Q.23		1 2 8	1 2 Q.27	1 2 8 Q.25	1 2	1 2 8 Q.27	1 2	1 2 8

COCHEZ ICI SI UNE FEUILLE ADDITIONNELLE EST UTILISÉE

Pour être certain que j'ai une liste complète:

1) Y a-t-il d'autres personnes comme des jeunes enfants ou des bébés qui n'ont pas été listés?	OUI <input type="checkbox"/>	NOTER CHACUN DANS TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>
2) De plus, y a-t-il d'autre personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici?	OUI <input type="checkbox"/>	NOTER CHACUN DANS TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>
3) Y a-t-il des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous ou d'autres personnes qui sont restées ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listées?	OUI <input type="checkbox"/>	NOTER CHACUN DANS TABLEAU	NON <input type="checkbox"/>

B. CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																		
41	D'où provient l'eau que boivent principalement les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET DANS LOGEMENT 11 DANS COUR/CONCESSION 12 FONTAINE PUBLIQUE 13 EAU DE PUIS OUVERT DANS LOGEMENT 21 DANS COUR/CONCESSION 22 PUITS PUBLIC OUVERT 23 PUIS PROTÉGÉ OU FORAGE DANS LOGEMENT 31 DANS COUR/CONCESSION 32 PUITS PUBLIC PROTÉGÉ 33 EAU DE SURFACE SOURCE PROTÉGÉE 41 SOURCE NON PROTÉGÉE 42 RIVIÈRE/FLEUVE 43 MARE/LAC 44 BARRAGE 45 EAU DE PLUIE 51 CAMION CITERNE 61 EAU EN BOUTEILLE 71 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			
42	Quel genre de toilettes utilise votre ménage?	CHASSE D'EAU 11 FOSSES/LATRINES RUDIMENTAIRES 21 FOSSES AMÉLIORÉES VENTILÉES 22 PAS DE TOILETTES/NATURE 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			
43	Dans votre ménage, avez-vous: L'électricité? Une radio? Une télévision? Un téléphone? Un réfrigérateur?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	TÉLÉPHONE	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	
	OUI	NON																			
ÉLECTRICITÉ	1	2																			
RADIO	1	2																			
TÉLÉVISION	1	2																			
TÉLÉPHONE	1	2																			
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																			
44	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL. ENREGISTRER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BOIS/PLANCHES 21 PALMES/BAMBOU 22 PANCHER FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 GETFLEX OU ASPHALTE 32 CARREAUX 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																			
45	Est-ce que des membres de votre ménage possèdent: Une bicyclette? Une mobilette ou un scooter? Une voiture ou une camionnette? Une Charrette ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>MOBILETTE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONNETTE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE	1	2	MOBILETTE	1	2	VOITURE/CAMIONNETTE	1	2	CHARRETTE	1	2				
	OUI	NON																			
BICYCLETTE	1	2																			
MOBILETTE	1	2																			
VOITURE/CAMIONNETTE	1	2																			
CHARRETTE	1	2																			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES				PASSER À
46	Dans votre ménage, avez-vous des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI 1	NON 2			→ 101
47	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il? S'IL Y EN A 7 OU PLUS, ENREGISTREZ '7'	NBRE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>				
48	VÉRIFIEZ 47: NBRE DE MOUSTIQUAIRES PLUS D'UNE <input type="text"/>	UNE <input type="text"/>				→ 50
49	Nous allons parler de chaque moustiquaire séparément en commençant par celle que vous avez obtenue le plus récemment.					
	MOUSTIQUAIRES	MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3	MOUSTIQUAIRE #4	
50	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR ... 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR ... 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR ... 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR ... 8	
51	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée dans un liquide pour éloigner les moustiques ou insectes?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 52) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 52) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 52) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 52) ← PAS SÛR 8	
51 A	Combien de temps s'est écoulé depuis que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois? SI MOINS DE 1 MOIS, ENREGISTRER "00"	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 PAS SUR/NSP .. 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 PAS SUR/NSP .. 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 PAS SUR/NSP .. 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> 3 ANS OU + 96 PAS SUR/NSP .. 98	
52	Quelqu'un a-t-il dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 54) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 54) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 54) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 54) ← PAS SÛR 8	
53	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière? ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
54	RETOURNEZ À Q.50 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES ALLEZ À Q.101; S'IL Y EN A PLUS DE 4, UTILISEZ UN(DES) QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.					

C1. SOUTIEN AUX PERSONNES MALADES

101	<p>VÉRIFIEZ LA COLONNE 12 DU TABLEAU MÉNAGE NOMBRE DE MALADES DE 18-59 ANS</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> → 201</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>		
102	<p>INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE PERSONNE MALADE DE 18-59 ANS, EN COMMENÇANT PAR LA PREMIÈRE PERSONNE MALADE LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES PERSONNES. S'IL Y A PLUS DE 3 PERSONNES MALADES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.</p>			
103	<p>NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DES COLONNES 1 ET 2 DU TABLEAU MÉNAGE</p>	<p>1^{ère} PERS. MALADE</p> <p>NOM _____</p> <p>No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>2^e PERS. MALADE</p> <p>NOM _____</p> <p>No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>3^e PERS. MALADE</p> <p>NOM _____</p> <p>No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
104	<p>Vous m'avez dit que dans votre ménage, (NOM DE CHAQUE PERSONNE MALADE À 103) a été très malade pendant, au moins 3 mois dans les 12 derniers mois.</p> <p>J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de soutien organisé que votre ménage a pu recevoir pour [ce/chacun de ces] malade(s) et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou soutien organisé, je veux dire une aide ou un soutien fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire</p>			
105	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le soutien que votre ménage a reçu pour (NOM)</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu de l'aide médicale pour (NOM), comme des soins, des fournitures ou des médicaments pour lequel vous n'avez pas payé?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 107) ← NSP 8</p>
106	<p>Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au moins une fois par mois pendant que (NOM) était malade?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>
107	<p>Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un soutien moral ou psychologique pour (NOM), comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé ou du soutien spirituel pour lequel vous n'avez pas payé?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 109) ← NSP 8</p>
108	<p>Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 30 derniers jours?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>
109	<p>Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu de l'aide matérielle pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un soutien financier pour lequel vous n'avez pas payé ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 111) ← NSP 8</p>
110	<p>Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 30 derniers jours?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>
111	<p>Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du soutien social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou de l'assistance pour des démarches administratives, pour lequel vous n'avez pas payé?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) ← NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 113) ← NSP 8</p>
112	<p>Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 30 derniers jours?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>

		1 ^{ère} PERS. MALADE NOM _____	2 ^e PERS. MALADE NOM _____	3 ^e PERS. MALADE NOM _____
113	Au cours des 30 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup, un peu ou pas du tout?	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) ⬇	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) ⬇	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 115) ⬇
114	Quand (NOM) souffrait, a-t-il/elle pu diminuer ou stopper la douleur, la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
115	Au cours des 30 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle souffert de nausées, de la toux, de diarrhée ou de constipation? SI OUI: (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup ou un peu?	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) ⬇	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) ⬇	BEAUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 117) ⬇
116	(NOM) a-t-il/elle pu diminuer ou stopper (la nausée/toux/diarrhée/constipation) la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
117	RETOURNEZ À 105 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE PERSONNES MALADES, ALLEZ À 201.			

C2. SOUTIEN POUR LES PERSONNES DÉCÉDÉES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER À
201	Je voudrais vous poser maintenant quelques questions de plus sur votre ménage. Pensez aux 12 derniers mois. Est-ce qu'un membre de votre ménage est décédé au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8			→ 301 → 301
202	Combien de membres de votre ménage sont décédés au cours des 12 derniers mois?	NBRE DE PERSONNES ... <input type="text"/> <input type="text"/>			
203	POSER 204-222 POUR CHAQUE PERSONNE, UNE APRÈS L'AUTRE. SI PLUS DE 3, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				
204	Quel était le nom de la personne qui est décédée (le plus récemment) (avant lui/elle)?	NOM 1 ^{er} DECES	NOM 2 ^e DECES	NOM 3 ^e DECES	
205	(NOM) était-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	
206	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé (e)?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
207	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois avant son décès, (NOM) a été très malade pendant au moins 3 mois? Par très malade, je veux dire trop malade pour travailler ou assurer ses activités normales à la maison pendant 3 mois dans les 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 222) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 222) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 222) ← NSP 8	
208	VÉRIFIER 206: AGE DE LA PERSONNE DÉCÉDÉE	<18/60+ <input type="text"/> (PASSER À 222) ← 18-59 <input type="text"/>	<18/60+ <input type="text"/> (PASSER À 222) ← 18-59 <input type="text"/>	<18/60+ <input type="text"/> (PASSER À 222) ← 18-59 <input type="text"/>	
209	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de soutien organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM] avant son décès et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou un soutien fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
210	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu de l'aide médicale pour (NOM), comme des soins, des fournitures ou des médicaments pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 212) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 212) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 212) ← NSP 8	
211	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au moins une fois par mois pendant que (NOM) était malade?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	
212	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un soutien moral ou psychologique pour (NOM), comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé ou du support spirituel pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 214) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 214) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 214) ← NSP 8	
213	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 30 derniers jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	
214	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu de l'aide matérielle pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un soutien financier pour lequel vous n'avez pas payé.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 216) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 216) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 216) ← NSP 8	
215	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens dans les 30 jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	
216	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du soutien social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou de l'assistance pour des démarches administratives, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 218) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 218) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 218) ← NSP 8	
217	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens dans les 30 jours ayant précédé le décès de (NOM)?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	

		NOM 1 ^{er} DÉCÈS	NOM 2 ^e DÉCÈS	NOM 3 ^e DÉCÈS
		_____	_____	_____
218	Au cours des 30 jours avant que (NOM) ne décède, a-t-il/elle souffert beaucoup, un peu ou pas du tout?	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 220) ↓	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 220) ↓	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 220) ↓
219	Quand (NOM) souffrait, a-t-il/elle pu diminuer ou stopper la douleur, la plupart du temps, parfois ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
220	Au cours des 30 jours avant que (NOM) ne décède, a-t-il/elle souffert de nausées, de la toux, de diarrhée ou de constipation? SI OUI: (NOM) a-t-il/elle souffert beaucoup ou un peu?	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 222) ↓	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 222) ↓	BEUCOUP . . . 1 UN PEU 2 PAS DU TOUT . 3 (PASSER À 222) ↓
221	(NOM) a-t-il/elle pu diminuer ou stopper (la nausée/toux/diarrhée/constipation) la plupart du temps, parfois, ou jamais?	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	PLUPART . . . 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3
222		RETOURNEZ À 204 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE PERSONNES DÉCÉDÉES, ALLEZ À 301.		

C3. SOUTIEN POUR LES ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
301	VÉRIFIEZ À LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE : Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS? AU MOINS UN ENFANT 0-17 ANS <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT 0-17 ANS <input type="checkbox"/>	→ FIN
302	VÉRIFIEZ À LA COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE : Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS? AU MOINS UN ADULTE 18-59 ANS <input type="checkbox"/>	AUCUN ADULTE 18-59 ANS <input type="checkbox"/>	→ 307
303	VÉRIFIEZ À LA COLONNE 12 DU TABLEAU MÉNAGE: Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS QUI EST MALADE? PAS UN SEUL "OUI" À COLONNE 12 <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN "OUI" À COLONNE 12 <input type="checkbox"/>	→ 307
304	VÉRIFIEZ 206 À LA SECTION C2: Y A-T-IL UN ADULTE DE 18-59 ANS DÉCÉDÉ DANS LES 12 DERNIERS MOIS? AUCUN DE 18-59 À 206 <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN ADULTE DE 18-59 ANS À 206 <input type="checkbox"/>	→ 307
305	VÉRIFIEZ LES COLONNES 16 ET 19 DU TABLEAU MÉNAGE: MÈRE ET PÈRE EN VIE? PAS UN SEUL "NON" À COLONNE 16 OU 19 <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN "NON" À COLONNE 16 OU 19 <input type="checkbox"/>	→ 307
306	VÉRIFIEZ LES COLONNES 18 ET 21 DU TABLEAU MÉNAGE: MÈRE OU PÈRE TRÈS MALADE? AU MOINS UN "OUI" À COLONNE 18 OU 21 <input type="checkbox"/>	PAS UN SEUL "OUI" À COLONNE 18 OU 21 <input type="checkbox"/>	→ FIN
307	FAITES LA LISTE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS DANS LE MÉNAGE		
	1) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	2) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	3) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	4) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	5) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	6) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	7) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	8) NUMÉRO LIGNE <input type="text"/>	NOM _____	ÂGE <input type="text"/>
	SI VOUS DEVEZ INSCRIRE PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.		

308	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE CHAQUE ENFANT LISTÉ À Q.307, EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT DE LA LISTE. POSEZ LES QUESTIONS SUR CHACUN DE CES ENFANTS. S'IL Y A PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				
309	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DE 307	1 ^{er} ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	2 ^e ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	3 ^e ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	4 ^e ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>
310	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de soutien organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 309] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou soutien organisé, je veux dire une aide ou un soutien fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le soutien que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu une aide médicale pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
312	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du soutien moral ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un d'un conseiller formé, ou du soutien spirituel, que vous avez reçu à la maison et pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8
313	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
314	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu de l'aide matérielle pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un soutien financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8
315	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
316	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un soutien social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8
317	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
318	VÉRIFIEZ 307: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>
319	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un soutien pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
320	RETOURNEZ À 311 POUR LA COLONNE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, CONTINUEZ AVEC L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE DE LA PERSONNE ÉLIGIBLE.				

309	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM DE 307	5 ^e ENFANT	6 ^e ENFANT	7 ^e ENFANT	8 ^e ENFANT
		NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ No <input type="text"/> <input type="text"/> LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
310	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de soutien organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 309] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou soutien organisé, je veux dire une aide ou un soutien fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
311	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le soutien que votre ménage a reçu pour (NOM). Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu une aide médicale pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
312	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un soutien moral ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé, ou du soutien spirituel pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 314) ← NSP 8
313	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
314	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu une aide matérielle pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un soutien financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8	YES 1 NO 2 (PASSER À 316) ← NSP 8
315	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
316	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu une aide sociale pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 318) ← NSP 8
317	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces soutiens au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
318	VÉRIFIEZ 307: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-5 <input type="text"/> (PASSER À 320) ← ÂGE 6-17 <input type="text"/>
319	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du soutien pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
320	RETOURNEZ À 311 POUR LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, CONTINUEZ AVEC L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE DE L'ENQUÊTÉ ÉLIGIBLE.				

SECTION 1 - CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ(E)

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur des sujets importants concernant la santé. Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Généralement, cette enquête dure une vingtaine de minutes environ.

Toutes les informations que vous nous fournirez seront strictement confidentielles et elles ne seront divulguées à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez décider de ne pas répondre à certaines questions ou à toutes les questions. Cependant, nous espérons que vous accepterez de participer car votre point de vue est, pour nous, très important.

Est-ce que vous avez maintenant des questions à me poser sur cette enquête?
Puis-je commencer l'interview maintenant?

Signature de l'enquêteur _____ Date: _____

ENQUÊTÉ(E) ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ(E) ... 1 ENQUÊTÉ(E) REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ(E) 2 → FIN

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né (e) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
SI AGE <15 ANS OU >49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW.			
104	Avez-vous déjà fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 107
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	PRE-PRIMAIRE 0 PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR 3	
106	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau? POUR LE NIVEAU SUPERIEUR, SI 4 ANS OU PLUS ACHEVEE, NOTER "4".	ANNEES <input type="text"/>	
107	Lisez-vous un journal ou un magazine presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS 1 AU MOINS 1 FOIS/SEMAINE 2 MOINS D'1 FOIS/SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4 NE SAIT PAS LIRE 8	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
108	Écoutez-vous la radio presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS 1 AU MOINS 1 FOIS/SEMAINE 2 MOINS 1 FOIS /SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
109	Regardez-vous la télévision presque tous les jours, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRESQUE TOUS LES JOURS 1 AU MOINS 1 FOIS/SEMAINE 2 MOINS 1 FOIS /SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
110	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		→ 113
111	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI 1 NON 2	→ 115
112	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en nature ou en argent. Certaines tiennent un petit commerce, d'autres une petite affaire ou d'autres encore travaillent dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou autre chose?	OUI 1 NON 2	→ 115 → 114
113	Travaillez-vous actuellement?	OUI 1 NON 2	→ 115
114	Avez-vous fait un travail quelconque dans les 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	→ 116
115	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? ENQUÊTEUR : INSISTER POUR OBTENIR DES INFORMATIONS DÉTAILLÉES SUR LE GENRE DE TRAVAIL QUE FAIT L'ENQUÊTÉ(E).	_____ _____ _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	→ 117
116	Au cours des 12 derniers mois, qu'avez-vous fait la plupart du temps?	ALLER À L'ÉCOLE/ÉTUDIER 01 CHERCHER UN TRAVAIL 02 RETRAITÉ 03 TROP MALADE POUR TRAVAILLER 0404 HANDICAPÉ/PEUX PAS TRAVAILLER 05 MÉNAGÈRE/SOINS ENFANTS 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
117	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'1 ANNÉE, ENREGISTRER '00'	ANNÉES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	
118	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous?	NOMBRE DE VOYAGES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUCUNE 00	→ 120

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
119	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté pendant plus d'un mois de suite?	OUI 1 NON 2			
120	A quelle religion appartenez-vous ?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANT 2 AUTRES RELIGIONS CHRETIENNES 3 MUSULMAN 4 ANIMISTE OU SANS RELIGION 5 AUTRES RELIGIONS 6			
121	Quelle est votre ethnie ? NOTER LE NOM DE L'ETHNIE. LAISSER LES CASES DE CODIFICATION VIDES. POUR LES ETRANGERS, NOTER LA NATIONALITE.	<div style="text-align: center;"> <table border="1" data-bbox="1221 443 1320 499"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <hr style="width: 100%;"/> <hr style="width: 100%;"/> </div>			

SECTION 2 - REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus dans votre vie. Ce qui m'intéresse ici, ce sont seulement vos propres enfants. Avez-vous déjà eu des enfants?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants à qui vous avez donné naissance. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>→ 206</p>
202	<p>Avez-vous des enfants dont vous êtes le père qui vivent actuellement avec vous?</p>	<p>Avez-vous des enfants à qui vous avez donné naissance qui vivent actuellement avec vous?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>→ 204</p>
203	<p>Combien d'enfants vivent avec vous?</p>	<p>ENFANTS À LA MAISON ... <input type="text"/></p>	
204	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avez-vous des enfants dont vous êtes le père qui sont en vie mais qui ne vivent pas avec vous?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avez-vous des enfants à qui vous avez donné naissance et qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>→ 206</p>
205	<p>Combien d'enfants vivent ailleurs?</p>	<p>ENFANTS VIVANT AILLEURS <input type="text"/></p>	
206	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avez-vous eu un enfant qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? Un enfant qui a crié ou montré des signes de vie mais qui n'a pas survécu?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avez-vous déjà donné naissance à un enfant qui est né vivant et qui est décédé par la suite? Un enfant qui a crié ou montré des signes de vie mais qui n'a pas survécu?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>→ 208</p>
207	<p>Combien d'enfants sont décédés?</p>	<p>ENFANTS DÉCÉDÉS <input type="text"/></p>	
208	<p>FAITES LA SOMME DES Q.203, 205 ET 207 ET NOTEZ LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTREZ '00'.</p>	<p>TOTAL <input type="text"/></p>	
209	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pour être sûr que j'ai bien compris: vous avez eu _____ enfants dans votre vie. C'est bien ça?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pour être sûre que j'ai bien compris: Vous avez eu _____ naissances dans votre vie. C'est bien ça?</p>	
	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NÉCESSAIRE</p>		
210	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>FEMME <input type="checkbox"/></p>		→ 215
211	<p>VERIFIER 208:</p> <p>AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p>		→ 214

211A 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.211B. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

211B	211C	211D	211E	211F	211G	211H	211-I-	211J	211K
Quel nom a été donné à votre (dernier/ 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 RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

211B	211C	211D	211E	211F	211G SI EN VIE :	211H SI EN VIE :	211-I- SI EN VIE :	211J SI DÉCÉDÉ :	211K	
Quel nom a été donné à votre (dernier/ 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 RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?	
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	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 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	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 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	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 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	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 ↓ 211J	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ ALLER A 211K	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	
211L	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI 1 NON 2				
211M	<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>									
211 N	VERIFIER 211 E ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU APRES SI AUCUNE, ENREGISTRER 0								<input type="text"/>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
211 O	VÉRIFIEZ 211 N SI UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓	AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE	→ 214
212.	Maintenant je voudrais faire la liste des 3 dernières naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la dernière de ces trois naissances que vous avez eues depuis 2000.		
212 A	Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE DU 211 B <input type="checkbox"/>	AVANT DERNIERE NAISS. N° DE LIGNE DU 211 B <input type="checkbox"/>
		AV. AVANT-DENIERE NAISS. N° DE LIGNE DU 211 B <input type="checkbox"/>	
212 B	Quand vous étiez enceinte de (NOM) avez vous vu quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E GUERISSEUR TRADI F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y (ALLER (2))	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E GUERISSEUR TRADI F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y (ALLER (3))
		PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E GUERISSEUR TRADI F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y (→ (214))	
212 C	De combien de mois étiez-vous enceinte de (NOM) lors de votre première consultation prénatale ? (DEMANDER A VOIR LE CARNET DE SANTE)	MOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8	MOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8
		MOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8	
212 D	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8
		NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 9 8	
212 E	Où avez-vous accouché de (NOM) ?	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTE/PMI ..23 SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE 31 AUTRE 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTE/PMI ..23 SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE 31 AUTRE 96 (PRECISER)
		DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL 21 MATERNITE 22 CENTRE DE SANTE/PMI ..23 SECTEUR PRIVE HOPITAL/CLINIQUE 31 AUTRE 96 (PRECISER)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES			CODES	PASSER A
212 F	Avez-vous accouché (NOM) par césarienne ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	
212 G	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E AMI/PARENTS/VOISINS ... F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E AMI/PARENTS/VOISINS ... F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN A INFIRMIERE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE FORMEE/ MATRONNE D ACCOUCHEUSE FORMEE/ TRADITIONNELLE E AMI/PARENTS/VOISINS ... F AUTRE G (PRECISER) PERSONNE Y	
214	Êtes-vous actuellement enceinte?		OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8		
215	Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?		OUI 1 NON 2		→ 301
216	Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?		OUI 1 NON 2		→ 301
217	Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous. 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?		OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8		

SECTION 3 - MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	PASSER À																
301	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?</p>	<p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1</p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME/FEMME .. 2</p> <p>NON PAS EN UNION 3</p>	→ 304																
302	<p>Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme?</p>	<p>Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?</p>	<p>OUI A ÉTÉ MARIÉ 1</p> <p>OUI A VÉCU AVEC HOMME/FEMME . 2</p> <p>NON 3</p>	→ 320																
303	<p>Quel est votre état matrimonial actuel? Êtes-vous veuf, divorcé ou séparé?</p>	<p>Quel est votre état matrimonial actuel? Êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?</p>	<p>VEUF/VEUVE 1</p> <p>DIVORCÉ(E) 2</p> <p>SÉPARÉ(E) 3</p>	→ 310																
304	<p>Est-ce que votre femme/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs?</p>	<p>Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?</p>	<p>VIVENT ENSEMBLE 1</p> <p>VIT AILLEURS 2</p>																	
305	<p>Avez-vous plus d'une épouse ou avez-vous plus d'une femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié?</p>	<p>À part vous, est-ce que votre mari/partenaire vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	→ 307																
306	<p>En tout, combien avez-vous d'épouses ou d'autres partenaires avec qui vous vivez actuellement?</p>	<p>En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?</p>	<p>NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP 98</p>	→ 307																
307	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>VÉRIFIEZ 305 : SI UNE FEMME/PARTENAIRE Dites-moi le nom de votre femme (la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié).</p> <p>SI PLUS D'UNE FEMME/PARTENAIRE Dites-moi le nom de chacune de vos femmes actuelles (et/ou de chaque femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié).</p> <p>ENREGISTRER LE/LES NOMS ET NUMÉROS DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR L'EPOUX/LES ÉPOUSES ET LE/LES PARTENAIRES VIVANT COMME ETANT MARIÉS. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'. POSER 308 POUR CHAQUE PERSONNE</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Dites-moi le nom de votre mari (de l'homme avec qui vous vivez comme si vous étiez mariée).</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO DE LIGNE</th> <th>ÂGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO DE LIGNE	ÂGE	_____	<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"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<p>308 Quel âge avait votre femme/mari/partenaire à son dernier anniversaire?</p>	
NOM	NUMÉRO DE LIGNE	ÂGE																		
_____	<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"/>																		
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																		
309	<p>VÉRIFIER 307.</p> <p>HOMME A UNE FEMME <input type="checkbox"/></p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p>	<p>HOMME A PLUS D'UNE FEMME <input type="checkbox"/></p>	→ 312																

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
310	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?</p>	<p>SEULEMENT UNE FOIS 1</p> <p>PLUS D'UNE FOIS 2</p> <p>→ 312</p>
311	<p>En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre femme/partenaire?</p>	<p>En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire?</p>	
312	<p>Je voudrais maintenant vous parler du moment où, pour la première fois, vous vous êtes marié ou vous avez commencé à vivre avec une femme comme si vous étiez marié.</p> <p>En quel mois et quelle année vous êtes-vous marié ou avez-vous commencé à vivre avec une femme comme étant marié pour la première fois?</p>	<p>Je voudrais maintenant vous parler du moment où, pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée.</p> <p>En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme comme étant mariée pour la première fois?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS MOIS 98</p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS ANNÉE 9998</p> <p>→ 314</p>
313	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?</p>	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?</p>	<p>ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/></p>
314	<p>FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/></p>		→ 320
315	<p>VÉRIFIEZ 303 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE?</p> <p>PAS POSÉE OU PAS VEUVE <input type="checkbox"/> VEUVE <input type="checkbox"/></p>		→ 318
316	<p>VÉRIFIEZ 310</p> <p>MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p>		→ 320
317	<p>Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?</p>	<p>DÉCÈS 1</p> <p>DIVORCE 2</p> <p>SÉPARATION 3</p>	→ 320
318	<p>À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari?</p>	<p>ENQUÊTÉE 1</p> <p>AUTRE ÉPOUSE 2</p> <p>ENFANTS DE L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>ENFANTS DU CONJOINT 4</p> <p>FAMILLE DU CONJOINT 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUCUN BIEN 7</p>	→ 320
319	<p>Avez-vous reçu des possessions ou des biens ayant de la valeur de votre dernier mari?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
320	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</p>		
321	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel, si vous en avez déjà eu ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JAMAIS 00</p> <p>PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/FEMME/PARTENAIRE 95</p>	<p>→ 323</p> <p>→ 323</p>

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
322	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié(e) pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR(E) 8	→ 350
323	VÉRIFIEZ 103 15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/>		→ 328
324	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un préservatif a été utilisé?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
325	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 328
326	Diriez-vous que cette personne était plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien qu'elle avait environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS . 8	→ 328
327	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	
328	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 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 345

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
329	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un préservatif a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 331) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 331) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 331) ←
330	Avez-vous utilisé un préservatif 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
331	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 333) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 333) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 333) ←
332	Cette personne ou vous-même étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
333	Quel était votre relation avec cette personne? SI PETIT/PETITE AMI(E) Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI/FEMME 01 (PASSER À 338) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ(E) . 02 PETIT /PETITE AMI(E) NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ(E) . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI/FEMME 01 (PASSER À 338) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ(E) . 02 PETIT /PETITE AMI(E) NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ(E) . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI/FEMME 01 (PASSER À 339) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ(E) . 02 PETIT /PETITE AMI(E) NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ(E) . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)
334	VÉRIFIER 103	HOMME 15-49/ FEMME FEMME 15-24 25-49 ↓ (PASSER À 338) ←	HOMME 15-49/ FEMME FEMME 15-24 25-49 ↓ (PASSER À 338) ←	HOMME 15-49/ FEMME FEMME 15-24 25-49 ↓ (PASSER À 339) ←
335	Quel âge a cette personne?	ÂGE DE LA PERSONNE [][] (PASSER À 338) ← NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE [][] (PASSER À 338) ← NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE [][] (PASSER À 339) ← NE SAIT PAS 98
336	Diriez-vous que cette personne était plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien qu'elle avait environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 338) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 338) ←	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 339) ←
337	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	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 1 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 1 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3
338	Mise à part [cette/ces deux personnes], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 RETOURNER À 329 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (PASSER À 340) ←	OUI 1 RETOURNER À 329 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (PASSER À 340) ←	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
339	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NOMBRE DE PERSONNES SUPÉRIEUR À 95, NOTEZ '95'.	NOMBRE DE PERSONNES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
340	HOMME <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/>		→ 345
341	VÉRIFIER 333: AUCUN PARTENAIRE N'EST PROFESSIONNEL DU SEXE <input type="checkbox"/> AU MOINS UN PARTENAIRE EST PROFESSIONNEL DU SEXE <input type="checkbox"/>		→ 345
342	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2	→ 345
343	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un préservatif a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2	→ 345
344	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un préservatif durant chaque rapport sexuel, chaque fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
345	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 PERSONNES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
346	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE POUR LES HOMMES (1) OU POUR LES FEMMES (2). N° DE LA COUVERTURE POUR QUESTIONS ADDITIONNELLES CORRESPOND AU SEXE DE L'ENQUÊTÉ (COUVERTURE=1 ET L'ENQUÊTÉ EST UN HOMME COUVERTURE=2 ET L'ENQUÊTÉE EST UNE FEMME) <input type="checkbox"/>	LE NOMBRE NE CORRESPOND PAS (COUVER.=1 & ENQUÊTÉE = FEMME OU COUVER.=2 & ENQUÊTÉ=HOMME) <input type="checkbox"/>	→ 350
347	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ(E)	PRIVÉ OBTENU 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	→ 350
348	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉ 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
349	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 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
350	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des préservatifs	OUI 1 NON 2	→ 401
351	<p>Où est-ce?</p> <p>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 (S) CODE (S) APPROPRIÉ (S).</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>AGENT DE SANTÉ C</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ D</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AGENT DE SANTÉ J</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>BAR/HOTEL M</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... N</p> <p>ÉCOLE O</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE P</p> <p>AMIS/PARENTS Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

SECTION 4 - VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
401	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 445
402	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	
403	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
404	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un préservatif chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
405	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	
406	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	
407	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	
408	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	→ 410
409	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES PRESERVATIFS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/ RESTER FIDÈLE À 1 SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES 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 GUÉRISSEURS TRADITIONNELS . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
410	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	
411	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?	OUI NON NSP GROSSESSE 1 2 8 ACCOUCHEMENT 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
412	VÉRIFIER 411: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	414
413	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un agent de santé peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
414	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un agent de santé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	415
414 B	Ces médicaments spéciaux peuvent-ils être obtenu dans un centre de santé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
414 C	Selon vous, ces médicaments spéciaux qu'on donne aux personnes infectées par le SIDA peuvent ils : Guerir la maladie ? Retarder l'évolution de la maladie ? N'apporte rien aux malades ?	OUI NON NSP GUERIR 1 2 8 RETARDER 1 2 8 N'APPORTE RIEN 1 2 8	
415	FEMME <input type="checkbox"/> ↓	HOMME <input type="checkbox"/> →	425
416	VÉRIFIER 211E : DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2004 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2004 <input type="checkbox"/> →	425 425
417	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse?	OUI 1 NON 2	425
418	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?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU SIDA 1 2 8	
419	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
420	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de ces soins prénatals?	OUI 1 NON 2	→ 425
421	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
422	Où avez-vous effectué le test? 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 DU GOUVERNEMENT ... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12 CENTRE CDV 13 AGENT DE SANTÉ 14 AUTRE PUBLIC 15 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CDV 22 PHARMACIE 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 25 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	
423	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant cette dernière grossesse?	OUI 1 NON 2	→ 426
424	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	→ 432
425	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	→ 430
426	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	
427	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	
428	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
429	<p>Où avez-vous effectué le test?</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12</p> <p>CENTRE CDV 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ 14</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 15</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CDV 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ 25</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 432</p>
430	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test de dépistage du virus qui cause le sida?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 432</p>
431	<p>Où peut-on effectuer le test ?</p> <p>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 (S) CODE (S) APPROPRIÉ (S).</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>CENTRE CDV C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CDV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
432	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
433	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 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
434	Si un de vos parents contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
435	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer d'enseigner à l'école?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
436	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	→ 441
437	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements 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	
438	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	
439	VÉRIFIEZ 436, 437, 438: AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 441
440	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
441	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	
442	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	
443	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du préservatif pour éviter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
444	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage avant d'avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
445	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
446	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
447	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
448	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
449	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
450	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
451	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
452	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
453	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
454	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
455	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
456	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	

SECTION 5 - AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À	
501	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il y a des hommes qui sont circoncis. Êtes-vous circoncis ?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il y a des femmes qui sont excisées, c'est-à-dire qu'on leur a coupé certaines parties des organes génitaux externes. Êtes-vous excisée?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
502	<p>VERIFIER 401:</p> <p><input type="checkbox"/> A ENTENDU PARLER DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?</p> <p><input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>		
503	<p>VÉRIFIER 321:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>			→ 511
504	<p>VÉRIFIER 502:</p> <p>A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/></p>			→ 506
505	<p>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?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>		
506	<p>HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les hommes aient des écoulements anormaux du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis?</p>	<p>FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu a des pertes vaginales anormales et malodorantes?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
507	<p>Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère sur le pénis ou autour du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur le pénis ou autour du pénis?</p>	<p>Il arrive parfois que les femmes aient un ulcère ou une plaie sur les parties génitales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur les parties génitales?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
508	<p>VÉRIFIER 505, 506 ET 507:</p> <p>A EU UNE INFECTION (AU MOINS, UN 'OUI') <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>			→ 511
509	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME DE 505/506/507), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>		→ 511

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
510	<p>Où êtes-vous allé?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit où vous êtes allé?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... B</p> <p>CENTRE CDV C</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CDV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER))</p>	
511	<p>Au cours des six 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, INSCRIVEZ '95'.</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>AUCUNE 00 → 515</p>	
512	<p>Parmi ces injections, combien ont été administrées 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, INSCRIVEZ '95'.</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></p> <p>AUCUNE 00 → 515</p>	
513	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection administrée par un agent de santé, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. ... 12</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 13</p> <p>(PRÉCISER))</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>DENTISTE 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>CABINET PRIVÉ/DOMICILE DE</p> <p>INFIRMIÈRE/AGENT DE SANTÉ . 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISER))</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>À LA MAISON 31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER))</p>	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
514	Est-ce que la personne qui a administré cette injection a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
515	Il arrive que les maris et les femmes ne soient pas toujours d'accord sur tout. Pensez-vous qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a une maladie transmissible par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
516	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande d'utiliser un préservatif au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
517	VÉRIFIER 301: FEMME ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> FEMME PAS EN UNION <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		519A 519A
518	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	
519	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un préservatif si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
519A	A quel moment peut-on considérer que l'on exerce une violence à l'endroit d'une femme ? Injurier une femme Battre une femme Violer une femme Terroriser une femme	OUI NON NSP INJURIER 1 2 8 BATTRE 1 2 8 VIOLER 1 2 8 TERRORISER 1 2 8	
519B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous connu dans votre entourage une femme qui a : été injuriée ? été battue à sang ? été séquestrée/prise en otage ? fait l'objet d'un viol collectif ? été violée/forcée à avoir un rapport sexuel ?	OUI NON NSP INJURIEE 1 2 8 BATTUE 1 2 8 SEQUESTREE 1 2 8 VIOL COLLECTIF ... 1 2 8 VIOLEE/FORCEE ... 1 2 8	
519C	FEMME <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/>		614
519D	Avez-vous personnellement été victime de ces violences au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
519E	De quel type de violence avez-vous été victime ? Autre violence ?	INJURIEE A BATTUE B SEQUESTREE C VIOL COLLECTIF D VIOLEE/FORCEE E AUTRES X (A PRECISER)	

SECTION 6 - MORTALITE MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES					ALLER A
601	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE					<input type="text"/>
602	VÉRIFIER 601: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUETEE SEULE) <input type="checkbox"/> →						614
603	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES					<input type="text"/>
604	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
605	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ..1 FÉMININ ... 2	MASCULIN ..1 FÉMININ ... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ..1 FÉMININ ... 2
606	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [7]
607	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]
608	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"/>
609	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [4]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [5]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [6]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [7]
610	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2
611	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2	OUI 1 ALLER 613⇒ NON 2
612	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒	OUI 1 NON 2 ALLER 614⇒
612A	Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou de l'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
613	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]

		[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
604	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	=====	=====	=====	=====	=====	=====
605	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ 2
606	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 608 NSP 8 ↳ ALLER À [13]
607	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
608	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"/>
609	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]
610	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2	OUI 1 ALLER 613← NON 2
611	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2	OUI 1 ALLER 613=→ NON 2
612	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→	OUI 1 NON 2 ALLER 614=→
612A	Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou de l'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
613	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 614							
614	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURES <input type="text"/>					MINUTES <input type="text"/>

