



## PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Institut de Statistiques et d'Études Économiques du Burundi (ISTEEBU). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Burundi. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉE . . 1

L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE  
INTERVIEWÉE . . 2 → FIN

### SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HEURES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue (EN MAIRIE DE BUJUMBURA, NOM DU CENTRE URBAIN OU DE LA COLLINE ACTUELLE DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANNÉES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>DEPUIS TOUJOURS .....</div> <div>95</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VISITEUR .....</div> <div>96</div> </div>	→ 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans la Mairie de Bujumbura, dans une autre ville ou en zone rurale ?	MAIRIE DE BUJUMBURA ..... 1 AUTRE GRANDE VILLE ..... 2 UNE PETITE VILLE ..... 3 ZONE RURALE ..... 4	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle/quel [PROVINCE/PAYS] est-ce que vous viviez ?	BUBANZA ..... 01 MAIRIE DE BUJUMBURA ..... 02 BUJUMBURA RURAL ..... 03 BURURI ..... 04 CANKUZO ..... 05 CIBITOKÉ ..... 06 GITEGA ..... 07 KARUZI ..... 08 KAYANZA ..... 09 KIRUNDO ..... 10 MAKAMBA ..... 11 MURAMVYA ..... 12 MUyinga ..... 13 MWARO ..... 14 NGOZI ..... 15 RUMONGE ..... 16 RUTANA ..... 17 RUYIGI ..... 18  EN DEHORS DU BURUNDI <div style="text-align: center;">_____ (PRÉCISEZ LE PAYS)</div> <div style="text-align: right;">96</div>	

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE, SECONDAIRE 1er CYCLE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE 2ème CYCLE <input type="checkbox"/>	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 113
111	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
112	VÉRIFIEZ 111:  CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ	→ 114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
114	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
115	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?  SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ?  SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
122	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 01 PROTESTANTE ..... 02 MUSULMANE ..... 03 ADVENTISTE ..... 04 TEMOIN DE JEHOVAH ..... 05 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 06 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 07 SECTE ..... 08  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ..... 00	→ 201
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

**SECTION 2. REPRODUCTION**

<p>211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .</p>									
<p>212</p> <p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORI-QUE DES NAISSAN-CES.</p>	<p>213</p> <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>214</p> <p>Parmi ces nais-sances, y avait-il des jumeau x ?</p>	<p>215</p> <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>216</p> <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>217</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversai-re ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p>	<p>218</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>219</p> <p>SI EN VIE:</p> <p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>220</p> <p>SI DÉCÉDÉ:</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>221</p> <p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSAN-CE PRÉCÉ-DENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la nais-sance ?</p>
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NO 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)

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

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI ..... 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON ..... 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES  NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2011-2016	NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0	→ 226
225	<b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2011-2016, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.  <b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES  UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS/AUCUN ..... 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 239
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



## SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
232	<p>VÉRIFIEZ 231:</p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/></p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2010 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 234</p> <p>→ 239</p>
LIGNE N°	<p>233</p> <p>En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?</p>	<p>234</p> <p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?</p>	<p>235</p> <p>Depuis janvier 2011, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?</p>
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
			<p>→ LIG SUIV.</p> <p>→ 236</p>
02	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
			<p>→ LIG SUIV.</p> <p>→ 236</p>
03	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
			<p>→ LIG SUIV.</p> <p>→ 236</p>
04	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
			<p>→ 236</p>
236	<p><b>C</b> POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2011-2016 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENCANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	<p>Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2011 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 239</p>
238	<p>Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2011 ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

### SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<p>VÉRIFIEZ 226:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>  OU PAS SÛRE ↓ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 312 </div> </div>		
303	<p>Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 312
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>PILULE DIU LENDEMAIN ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 309</p> <p>→ 306</p> <p>→ 309</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>	<p>NORDETTE (CONTRACEPTIF ORAL COMBINÉ: 21 COMPRIMÉS BLANCS ET 7 COMPRIMÉS ROUGES) ..... 01</p> <p>OVRETTE (CONTRACEPTIF ORAL À PROGESTATIF: 35 COMPRIMÉS BLANCS) .. 02</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	→ 309
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>PRUDENCE CLASS ..... 02</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM .</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONA ..... 12</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>							
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>							<p>→ 310</p>
309	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>							
310	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p align="center">RETOURNEZ À 308 OU 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p>							

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

311	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p align="center">ANNÉE EST 2011-2016 </p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p align="center">ENSUITE CONTINUEZ ↓</p> </div> <div style="width: 48%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">ANNÉE EST 2010 OU PLUS TÔT </p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2011 .</p> <p align="center">ENSUITE ↓ (ALLEZ À 324) ←</p> </div> </div>																				
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p><b>C</b> UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2011. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>																				
	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:25%;"></th><th style="width:25%; text-align: center;">COLONNE 1</th><th style="width:25%; text-align: center;">COLONNE 2</th><th style="width:25%; text-align: center;">COLONNE 3</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="vertical-align: top;">312A</td><td style="padding: 5px;"> MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.   <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div> </td><td style="padding: 5px;"> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div> </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">312B</td><td style="padding: 5px;"> Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?   OUI ..... 1  NON ..... 2  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </td><td style="padding: 5px;"> OUI ..... 1  NON ..... 2  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </td><td style="padding: 5px;"> OUI ..... 1  NON ..... 2  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div> </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">312C</td><td style="padding: 5px;"> Quelle était cette méthode ?   CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/> </td><td style="padding: 5px;"> CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/> </td><td style="padding: 5px;"> CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/> </td></tr> <tr> <td style="vertical-align: top;">312D</td><td style="padding: 5px;"> Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ?  ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.   IMMÉDIATEMENT ..... 00   MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/>  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>   DATE DONNÉE ..... 95 </td><td style="padding: 5px;"> IMMÉDIATEMENT ..... 00   MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/>  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>   DATE DONNÉE ..... 95 </td><td style="padding: 5px;"> IMMÉDIATEMENT ..... 00   MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/>  <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>   DATE DONNÉE ..... 95 </td></tr> </tbody> </table>		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3	312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>	312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>	312C	Quelle était cette méthode ?  CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>	312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.  IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95
	COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3																		
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MOIS <input style="width: 40px;" type="text"/></div> <div>ANNEE <input style="width: 40px;" type="text"/></div> </div>																		
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?  OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312I) ←</div>																		
312C	Quelle était cette méthode ?  CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input style="width: 40px;" type="text"/>																		
312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.  IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <div style="text-align: right;">(ALLEZ À 312F) ←</div>  DATE DONNÉE ..... 95																		

		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>
312F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION.	<div>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>(ALLEZ À 312H) ←</div> <div>DATE DONNÉE ..... 95</div>	<div>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>(ALLEZ À 312H) ←</div> <div>DATE DONNÉE ..... 95</div>	<div>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>(ALLEZ À 312H) ←</div> <div>DATE DONNÉE ..... 95</div>
312G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>	<div>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></div> <div>ANNÉE</div>
312H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>
312I		RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A DANS LE NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.



**SECTION 3. CONTRACEPTION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 PILULE DU LENDEMAIN ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 326 → 319 → 327        → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE à 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11 HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 12 HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... _____ 16 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b> HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22 AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... _____ 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32 PHARMACIE ..... 33 MÉDECIN PRIVÉ ..... 34 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... _____ 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 41 AMIS/PARENTS ..... 42  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 PILULE DU LENDEMAIN ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 323 → 322 → 323

### SECTION 3. CONTRACEPTION

[illegible]

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 12</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32</p> <p>PHARMACIE ..... 33</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 42</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
327	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 329
328	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 401
330	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> → 648</p>		
402	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
403	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</p> <p>NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>
404	<p>À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:</p>	<p>NOM ..... <input type="text"/></p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>	<p>NOM ..... <input type="text"/></p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>
405	<p>Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 408) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 426) ←</p>
406	<p>VÉRIFIEZ 208:</p> <p>SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?</p> <p>PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?</p>	<p>PLUS TARD ..... 1</p> <p>PLUS/AUCUN ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 408) ←</p>	<p>PLUS TARD ..... 1</p> <p>PLUS/AUCUN ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 426) ←</p>
407	<p>Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?</p>	<p>MOIS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<p>MOIS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>
408	<p>Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 414) ←</p>	
409	<p>Qui avez-vous vu ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>SAGE-FEMME ..... B</p> <p>INFIRMIÈRE ..... C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

**SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS**

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... A</p> <p>AUTRE MAISON ..... B</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... C</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... D</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... G</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ .. I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... J</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... K</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>													
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
412A	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, vous avez reçu un Carnet Mère-enfant?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>													
413	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>a) Vous a-t-on pris la tension ?</p> <p>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>a) TENSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) URINE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) SANG .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) TENSION .....	1	2	b) URINE .....	1	2	c) SANG .....	1	2	
	OUI	NON													
a) TENSION .....	1	2													
b) URINE .....	1	2													
c) SANG .....	1	2													
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>													
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>													
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	<p>2 FOIS OU PLUS <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 420) ←</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS ..... 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	
419	VÉRIFIEZ 418:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/>              a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?           </div> <div style="width: 45%;">             PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>              b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?           </div> </div>	IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS ..... 8	
421	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 998	
422	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS ..... 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS ..... 6	

**SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS**

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p align="center">(PASSEZ À 434) ←</p>
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434) ←</p>
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT ..... 1</p> <p>APRÈS ..... 2</p>	<p>AVANT ..... 1</p> <p>APRÈS ..... 2</p>
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p>CODE</p> <p>11, 12, OR 96</p> <p>ENCERCLÉ</p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p> <p>AUTRE</p>	



SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____							
440	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE ..... 13  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 22  AUTRE ..... 96 (PRECISEZ)								
441	Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 445) ←								
442	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <table border="1" data-bbox="901 728 1021 772"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" data-bbox="901 772 1021 817"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES ..... 3 <table border="1" data-bbox="901 817 1021 862"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998								
443	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE ..... 13  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 22  AUTRE ..... 96 (PRECISEZ)								

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>SAGE-FEMME ..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE ..... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____									
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p align="right">(ALLEZ À 457) ←</p>										
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="right">(ALLEZ À 453) ←</p>										
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>									
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>SAGE-FEMME ..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE ..... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>										

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 46</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1</p> <p>JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2</p> <p>SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
455	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>SAGE-FEMME ..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE ..... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	

**SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS**

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
456	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... 22</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT .. 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vérifié le rythme de la respiration de (NOM) ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>e) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>f) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<p align="center">OUI    NON    NSP</p> <p>a) CORDON ..... 1    2    8</p> <p>b) TEMP.. ..... 1    2    8</p> <p>c) RESPIRATION . 1    2    8</p> <p>d) SIGNES ..... 1    2    8</p> <p>e) CONSEIL ALLAIT-TEMENT .. 1    2    8</p> <p>f) OBSERVÉ ALLAIT-TEMENT .. 1    2    8</p>	
458	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 461) ←</p>	
459	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>
460	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>
461	<p>VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p>	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 463) ←</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 466) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMEN .....000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.

**SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2013-2016? UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2013-2016 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2013-2016		→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2013-2016. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 501B
504A	Avez-vous un carnet de santé mère-enfant, un carnet de vaccination ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A CARNET MÈRE-ENFANT SEUL ..... 1 OUI, A CARNET DE VACCINATION SEUL ..... 2 OUI, A AUTRE DOCUMENT SEUL ..... 3 OUI, A CARNET MÈRE-ENFANT ET AUTRE DO... 4 OUI, A CARNET DE VACCINATION ET AUTRE DOC 5 NON, N'A NI CARNET MÈRE-ENFANT NI CARNET VACC. NI AUTRE DOCUMENT .. 6	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '6' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEUL CARNET MÈRE-ENFANT VU ..... 1 OUI, SEUL CARNET DE VACCINATION VU ..... 2 OUI, SEUL AUTRE DOCUMENT VI..... 3 OUI, SEUL CARNET MÈRE-ENFANT ET AUTRE DC 4 OUI, SEUL CARNET DE VACC. ET AUTRE DOC. VI 5 NON, NI CARNET MÈRE-ENFANT NI CARNET VACC. NI AUTRE DOCUMENT VU ..... 6	→ 511A



No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																								
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																									
508A	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th><th style="width: 10%;">JOUR</th><th style="width: 10%;">MOIS</th><th style="width: 40%;">ANNÉE</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HÉPATITE B À LA NAISSANCE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPi ROUTIN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				HÉPATITE B À LA NAISSANCE				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPi ROUTIN				DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				PNEUMOCOQUE (PCV) 1				PNEUMOCOQUE (PCV) 2				PNEUMOCOQUE (PCV) 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)			
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																								
BCG																																																																											
HÉPATITE B À LA NAISSANCE																																																																											
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																											
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1																																																																											
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																											
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPi ROUTIN																																																																											
DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																											
DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																											
DTCq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																											
PNEUMOCOQUE (PCV) 1																																																																											
PNEUMOCOQUE (PCV) 2																																																																											
PNEUMOCOQUE (PCV) 3																																																																											
ROTAVIRUS 1																																																																											
ROTAVIRUS 2																																																																											
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1																																																																											
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2																																																																											
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																											
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">OUI <input type="checkbox"/></span> → 525A</p>																																																																										
510A	<p>En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508A QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p style="text-align: center;">(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508A. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p style="text-align: center;">(PUIS ALLEZ À 525A) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p style="text-align: center;">(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</p> <p style="text-align: center;">(PUIS ALLEZ À 525A) ←</p>																																																																									

**SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 525A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
513A	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral de la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral de la polio ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, parfois en même temps que les gouttes du vaccin de la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin du Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	

**SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 521A																
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 523A																
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 525A																
524A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) :  a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS ? b) ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUTS ? c) COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'DOZ ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POUDRE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) PLUMPY NUTS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLUMPY DOZ .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) POUDRE .....	1	2	8	b) PLUMPY NUTS .....	1	2	8	c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) POUDRE .....	1	2	8																
b) PLUMPY NUTS .....	1	2	8																
c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8																
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.																		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2013-2016	PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2013-2016	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2013-2016. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A CARNET MÈRE-ENFANT SEUL ..... 1 OUI, A CARNET DE VACCINATION SEUL ..... 2 OUI, A AUTRE DOCUMENT SEUL ..... 3 OUI, A CARNET MÈRE-ENFANT ET AUTRE DO... 4 OUI, A CARNET DE VACCINATION ET AUTRE DOC 5 NON, N'A NI CARNET MÈRE-ENFANT NI CARNET VACC. NI AUTRE DOCUMENT .. 6	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '6' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEUL CARNET MÈRE-ENFANT VU ..... 1 OUI, SEUL CARNET DE VACCINATION VU ..... 2 OUI, SEUL AUTRE DOCUMENT VI..... 3 OUI, SEUL CARNET MÈRE-ENFANT ET AUTRE DC 4 OUI, SEUL CARNET DE VACC. ET AUTRE DOC. VI 5 NON, NI CARNET MÈRE-ENFANT NI CARNET VACC. NI AUTRE DOCUMENT VU ..... 6	→ 511B

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																							
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																								
508B	<p>COPIEZ LES DATES DU CARNET DE VACCINATION. INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HÉPATITE B À LA NAISSANCE</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPI ROUTIN</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				HÉPATITE B À LA NAISSANCE				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPI ROUTIN				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				PNEUMOCOQUE (PCV) 1				PNEUMOCOQUE (PCV) 2				PNEUMOCOQUE (PCV) 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1				VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																							
BCG																																																																										
HÉPATITE B À LA NAISSANCE																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																										
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3/VPI ROUTIN																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																										
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																										
PNEUMOCOQUE (PCV) 1																																																																										
PNEUMOCOQUE (PCV) 2																																																																										
PNEUMOCOQUE (PCV) 3																																																																										
ROTAVIRUS 1																																																																										
ROTAVIRUS 2																																																																										
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1																																																																										
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2																																																																										
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																										
509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À VACCIN ANTIROUGEOLEUX 2' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/>      OUI <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">→ 525B</p>																																																																									
510B	<p>En plus de ce qui est inscrit sur ce/ces documents, (NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?</p> <p>INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 508B QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(INSISTEZ POUR LES VACCINATIONS ET INSCRIVEZ '66' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE À 508B) ←</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B) ←</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p> <p>(NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES) ←</p> <p>(PUIS ALLEZ À 525B) ←</p>																																																																								

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
513B	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 521B																
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 523B																
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin antirougeoleux, c'est-à-dire une injection dans le bras pour éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 525B																
524B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin antirougeoleux ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM)  a) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS ? b) ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUTS ? c) COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'DOZ ?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POUDRE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) PLUMPY NUTS .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) PLUMPY DOZ .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) POUDRE .....	1	2	8	b) PLUMPY NUTS .....	1	2	8	c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) POUDRE .....	1	2	8																
b) PLUMPY NUTS .....	1	2	8																
c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8																
526B	<p>VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016 <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←</p> </div> <div> <p>PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2013-2016 <input type="text"/></p> <p>→ 601</p> </div> </div>																		

**SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

601	VÉRIFIEZ 224:  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     AUCUNE NAISSANCE EN 2011-2016 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: right;">                     → 648                 </div> </div>		
602	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2011-2016. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	NOM _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                     VIVANT <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right;">                     (ALLEZ À 646) ←                 </div>	NOM _____  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                     VIVANT <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right;">                     (ALLEZ À 646) ←                 </div>
604A	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois (NOM) a-t-il été à l'hôpital ou au Centre de Santé pour des soins curatifs? SI AUCUNE FOIS, INSCRIRE '00'.	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
605	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
606	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8



**SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> </div> </div>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITI... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITI... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITI... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE .. 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ</p> <p>À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS . ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITI... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOUF..... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ</p> <p>À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS . ..... 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="right">(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p align="right">(ALLEZ À 615) ←</p>

**SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... A</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... B</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... G</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ _____ I</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ... J</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ... K</p> <p>PHARMACIE ..... L</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ N</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... P</p> <p>MARCHÉ ..... Q</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... A</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONAL ..... B</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENT ..... D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... G</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ _____ I</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ... J</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ... K</p> <p>PHARMACIE ..... L</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ N</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... O</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... P</p> <p>MARCHÉ ..... Q</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN</p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉ ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN</p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	<p>PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/></p>	<p>PREMIER ENDROIT ..... <input type="checkbox"/></p>

## SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

**SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

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

## SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625.	PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/>	PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS ..... 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR ..... B CHLOROQUINE ..... C AMODIAQUINE ..... D COMPRIMÉS QUININE ..... E INJECTION/IV ..... F ARTESUNATE VOIE RECTALE ..... G INJECTION/IV ..... H  AUTRE ANTIPALUDIQUE ..... I (PRÉCISEZ)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROF ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDIQUES</b> COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .. A SP/FANSIDAR ..... B CHLOROQUINE ..... C AMODIAQUINE ..... D COMPRIMÉS QUININE ..... E INJECTION/IV ..... F ARTESUNATE VOIE RECTALE ..... G INJECTION/IV ..... H  AUTRE ANTIPALUDIQUE ..... I (PRÉCISEZ)  <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/SIROF ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←

## SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

**SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		649
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2014-2016 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div> <p>_____ (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p>↓</p>		701



## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

**SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues, papayes, mûres, prunes du Japon, maracoudja, ananas, oranges, bananes mûres, avocats, grosseilles, fraises?	m) ..... 1                      2                      8	
	n) D'autres fruits ou légumes ?	n) ..... 1                      2                      8	
	o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	o) ..... 1                      2                      8	
	p) De la viande, de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) ..... 1                      2                      8	
	q) Des oeufs ?	q) ..... 1                      2                      8	
	r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r) ..... 1                      2                      8	
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s) ..... 1                      2                      8	
	t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ?	t) ..... 1                      2                      8	
	u) N'importe quel aliment préparé avec de l'huile de palme rouge?	u) ..... 1                      2                      8	
	v) N'importe quel aliment préparé avec de l'huile raffinée c'est-à-dire de l'huile jaune ou blanche régulière telle que l'huile de maïs, l'huile de tournesol?	v) ..... 1                      2                      8	
	w) Du sucre, miel, canne à sucre?	w) ..... 1                      2                      8	
	x) Des biscuits ou de gâteaux du commerce?	x) ..... 1                      2                      8	
	y) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	y) ..... 1                      2                      8	
651	VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'y'): PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 653
652	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?  SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS) (PUIS CONTINUEZ AVEC 653)  NON ..... 2	→ 654
653	Combien de fois (NOM DE 649) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	
654	La dernière fois que (NOM DE 649) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINE ..... 01 A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02 A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 A JETÉ AUX ORDURES ..... 04 A ENTERRÉ ..... 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE ..... 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

**SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	<input type="checkbox"/> → 704
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→ 712
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	<input type="checkbox"/> → 709
704	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM ..... No LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 709
707	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
710	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p> </div> </div>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	<input type="checkbox"/> → 712
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
724	VÉRIFIEZ 106:  ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓	ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/> →	727
725	VÉRIFIEZ 701:  PAS EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> →		727
726	Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
727	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
728	VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE):  OUI, <input type="checkbox"/> ↓ CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ	NON, <input type="checkbox"/> ↓ CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ QUESTION <input type="checkbox"/> NON POSÉE	731 731
729	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PRUDENCE ..... 01 PRUDENCE CLASS ..... 02  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
730	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONA ..... 12</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENT ..... 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIR ..... 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32</p> <p>PHARMACIE ..... 33</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 42</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
731	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<p align="right">OUI NON</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>	



**SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 304:  NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 813
802	VÉRIFIEZ 226:  ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE	→ 804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT1..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 805 → 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT .. 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 807 → 813 → 811
805	VÉRIFIEZ 226:  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓      ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ?      b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT .....993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT .. 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	→ 811 → 813 → 811
806	VÉRIFIEZ 226:  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 812
807	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE?  N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓	UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT	→ 813
808	VÉRIFIEZ 805:  '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS ↓      PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓      '00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE		→ 812
809	VÉRIFIEZ 714:  IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS ↓	IL Y A DES <input type="checkbox"/> ANNÉES  PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 811 → 811

**SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p><b>VÉRIFIEZ 804:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINT ..... E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROI ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b></p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNI ..... P</p> <p>TROP CHER ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
811	<p><b>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</b></p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE      NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT      OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p>		→ 813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
813	<p><b>VÉRIFIEZ 216:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div> <p>VISISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 815</p>
814	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p align="center">GARÇONS      FILLES      PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

**SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

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

**SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

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

**SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6																									
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	→ 928																								
926	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 928																								
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT ..... 2 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	→ 931																								
929	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 931																								
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <tr> <th></th><th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.</th><th>PAS. PAS.</th><th>PAS. PRES.</th></tr> <tr> <td>ENFANTS &lt; 10</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>MARI</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </table>		PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS. PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE.	PAS. PAS.	PAS. PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  a) Si elle sort sans le lui dire ? b) Si elle néglige les enfants ? c) Si elle argumente avec lui ? d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?  e) Si elle brûle la nourriture ?	<table> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1042																
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :	<table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>a) Durant la grossesse ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) Durant l'accouchement ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) En allaitant ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) Durant la grossesse ?	1	2	8	b) Durant l'accouchement ?	1	2	8	c) En allaitant ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) Durant la grossesse ?	1	2	8																
b) Durant l'accouchement ?	1	2	8																
c) En allaitant ?	1	2	8																
1009	<p>VÉRIFIEZ 1008:</p> <p align="center">AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓</p> <p align="center">AUTRE <input type="checkbox"/> →</p>		→ 1011																
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1011	<p>VÉRIFIEZ 208 ET 215:</p> <p align="center">DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2014-2016 ↓</p> <p align="center">PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 1027</p> <p align="center">DERNIÈRE NAISSANCE EN 2013 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/> → 1027</p>																		
1012	<p>VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE:</p> <p align="center">A EU DES SOINS PRÉNATALS ↓</p> <p align="center">PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1020</p>																		
1013	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>																		
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :	<table border="0"> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) Effectuer un test du VIH ?</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?	1	2	8	b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?	1	2	8	c) Effectuer un test du VIH ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?	1	2	8																
b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?	1	2	8																
c) Effectuer un test du VIH ?	1	2	8																

## SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1020
1017	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11 HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONALE ..... 12 HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 14 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 15 DISPENSARE SCAOLAIRE ..... 16 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b> HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22 AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... 31 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 33 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 34 PHARMACIE ..... 35 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 36 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 37 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1020
1019	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE:  UN CODE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/> _____		→ 1024
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1024
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1025
1024	VÉRIFIEZ 1016:  OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/> _____		→ 1027



## SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A DES MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... 11 HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONALE ..... 12 HÔPITAL DE DISTRICT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL ..... 14 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 15 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 16 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b> HÔPITAL AGRÉÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... 22 AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... 31 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 32 DISPENSARE SCOLAIRE ..... 33 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 34 PHARMACIE ..... 35 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 36 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 37 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1033

## SECTION 10. VIH/SIDA

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

SECTION 10. VIH/SIDA

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

## SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE NATIONAL ..... A</p> <p>HÔPITAL DE RÉFÉRENCE RÉGIONA ..... B</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENT ..... D</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... E</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</b></p> <p>HÔPITAL AGRÉÉ ..... H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ AGRÉÉ ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL AGRÉÉ</p> <p>_____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... K</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... L</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... M</p> <p>PHARMACIE ..... N</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ P</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		→ 1101
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8</p>	

**SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																					
1101	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>	→ 1104																					
1102	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>	→ 1104																					
1103	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																						
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR ..... 1</p> <p>CERTAINS JOURS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>	→ 1106																					
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																						
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR ..... 1</p> <p>CERTAINS JOURS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>	→ 1107A																					
1107	<p>Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>KRETEKS ..... A</p> <p>PIPES BOURRÉES DE TABAC ..... B</p> <p>CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS ..... C</p> <p>PIPE À EAU ..... D</p> <p>TABAC À CHIQUER ..... E</p> <p>SNUFF À PRISER ..... F</p> <p>TABAC À MÂCHER ..... G</p> <p>CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC ..... H</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																						
1107A	Buvez-vous actuellement des boissons alcoolisées chaque jour, presque tous les jours, environ une fois par semaine, environ une fois par mois, moins souvent ou pas du tout ?	<p>CHAQUE JOUR ..... 1</p> <p>PRESQUE TOUS LES JOURS ..... 2</p> <p>UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3</p> <p>UNE FOIS PAR MOIS ..... 4</p> <p>MOINS SOUVENT ..... 5</p> <p>PAS DU TOUT ..... 6</p>	→ 1108																					
1107B	Depuis hier, avez-vous bu des boissons alcoolisées ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>																						
1107C	Combien de fois vous arrive-t-il d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	<p>SOUVENT ..... 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS ..... 2</p> <p>JAMAIS ..... 3</p>																						
1108	<p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou non:</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td><td></td><td align="center">PAS UN</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td align="center">PROBLÈME PROBLÈME</td></tr> <tr> <td></td><td></td><td align="center">IMPORTANT IMPORTANT</td></tr> <tr> <td>a) PERMISSION</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td><td>..... 1</td><td>2</td></tr> </table>			PAS UN			PROBLÈME PROBLÈME			IMPORTANT IMPORTANT	a) PERMISSION	..... 1	2	b) OBTENIR L'ARGENT	..... 1	2	c) DISTANCE	..... 1	2	d) ALLER SEULE	..... 1	2	
		PAS UN																						
		PROBLÈME PROBLÈME																						
		IMPORTANT IMPORTANT																						
a) PERMISSION	..... 1	2																						
b) OBTENIR L'ARGENT	..... 1	2																						
c) DISTANCE	..... 1	2																						
d) ALLER SEULE	..... 1	2																						

**SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																						
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1111																																																						
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ DE LA FONCTION PUBLIQUE ..... A CARTE D'ASSURANCE MALADIE (CAM) ..... B MUTUALITÉ RELIGIEUSE ..... C MUTUALITÉ PRIVÉE ..... D  AUTRE ..... X																																																							
1111	A. Souffrez-vous d'une quelconque des maladies suivantes?  <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>EN SOUFFRE</th><th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NE SAIT PAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Diabète?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) Hypertension artérielle?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) Maladie cardiaques?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) Insuffisance rénale?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) Cancer?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>f) Paralysie?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>g) Asthme/bronchite chronique?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>h) Lèpre?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		EN SOUFFRE		OUI	NON	NE SAIT PAS	a) Diabète?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	b) Hypertension artérielle?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	c) Maladie cardiaques?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	d) Insuffisance rénale?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	e) Cancer?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	f) Paralysie?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	g) Asthme/bronchite chronique?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	h) Lèpre?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8	B. Un diagnostic a-t-il été fait par un personnel médical ?	
	EN SOUFFRE		OUI	NON	NE SAIT PAS																																																				
a) Diabète?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
b) Hypertension artérielle?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
c) Maladie cardiaques?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
d) Insuffisance rénale?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
e) Cancer?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
f) Paralysie?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
g) Asthme/bronchite chronique?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
h) Lèpre?	OUI 1 NON 2	→	1	2	8																																																				
1112	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous attrapé des puces chiques aux pieds ou ailleurs?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1114																																																						
1113	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, vous est-il arrivé d'avoir des chiques?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																							
1114	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.  Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201																																																						
1115	Avez-vous entendu parler de ce genre de problème, je veux dire d'une femme qui a des écoulements constants d'urine ou d'excréments à partir de son vagin?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201																																																						
1116	Est-ce que vous connaissez personnellement une femme qui a ou qui a eu ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																							

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1201	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>NOM</th><th>NUMÉRO D'ORDRE</th><th>NOM</th><th>NUMÉRO D'ORDRE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>k _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>b _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>l _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>c _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>m _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>d _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>n _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>e _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>o _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>f _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>p _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>g _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>q _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>h _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>r _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>i _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>s _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>j _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td><td>t _____</td><td><input type="text"/><input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1202	<p>VÉRIFIEZ 1201:</p> <p>           AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ            AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ         </p>		→ 1204																																												
1203	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>           NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> </p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1204	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>           NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> </p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1205	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>           NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> </p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1206	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>           NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> </p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201.</p>																																														
1207	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1201.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS ... <input type="text"/><input type="text"/></p>																																													

SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1208	<p>VÉRIFIEZ 1207:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>→ VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1201 ET/OU 1207.</p>		
1209	<p>VÉRIFIEZ 1207:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/>      AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/></p> <p>OU UNE SOEUR LISTÉ      OU SOEUR LISTÉ</p> <p>↓</p> <p>→ 1300</p>		
1210	<p>Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1211	<p>Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	



## SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201. POSEZ 1213 JUSQU'À 1224 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1214	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2
1215	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (07)
1216	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> ALLEZ À (07)
1217	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"/>
1218	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223
1219	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2
1220	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (02) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (03) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (04) NON ..... 2	YES ..... 1 ALLEZ À (05) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (06) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (07) NON ..... 2
1221	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223
1222	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
1223	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (02) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (03) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (04) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (05) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (06) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (07) NON ..... 2
1224	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

## SECTION 12. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201. POSEZ 1213 JUSQU'À 1224 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1214	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2
1215	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (08)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (09)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (10)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (11)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (12)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217 NSP ..... 8 ALLEZ À (13)
1216	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (13)
1217	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1218	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223
1219	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223 NON ..... 2
1220	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (08) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (09) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (10) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (11) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (12) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (13) NON ..... 2
1221	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223
1222	Combien de jours après la fin de la grossesse (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1223	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLEZ À (08) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (09) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (10) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (11) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (12) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (13) NON ..... 2
1224	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (08)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (09)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (10)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (11)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (12)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

SECTION 13. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1300	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 0-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ?  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>OUI <input type="checkbox"/></span> <span>NON <input type="checkbox"/></span> </div>		1501
1301	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 0-4 VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE.  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q. 212 _____</span> <span>NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/></span> </div>		
1302	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 1301), votre enfant le plus jeune de 0-4 ans vivant avec vous.		
1303	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	AUCUN ..... 00  NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT ..... <input type="text" value="0"/> <input type="text"/>  DIX LIVRES OU PLUS ..... 10	
1304	Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison.  Est-ce qu'il/elle joue avec : a) Des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ? b) Des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ? c) Objets du ménage (comme des bassines, casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?  SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISÉMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SÛR DE LA RÉPONSE.	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span></span> <span>OUI</span> <span>NON</span> <span>NSP</span> </div> a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON ..... 1 2 8 b) JOUETS DE MAGASIN ..... 1 2 8 c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS ..... 1 2 8	
1305	Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants.  Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été : a) Laissé seul(e) pendant plus d'une heure ?  b) Laissé à la garde d'un autre enfant c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans, pendant plus d'une heure ?  SI 'JAMAIS', INSCRIRE '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIRE '8'	a) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE ..... <input type="text"/>  b) NOMBRE DE JOURS LAISSÉ AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE ..... <input type="text"/>	

SECTION 13. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																			
1306	VÉRIFIEZ 217 : L'ÂGE DE L'ENFANT <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>ENFANT DE 0, 1, <input type="checkbox"/> OU 2 ANS</div> <div>ENFANT DE 3 OU <input type="checkbox"/> 4 ANS</div> </div>		→ 1309																																			
1307	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 3-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>OUI <input type="checkbox"/></div> <div>NON <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 1401																																			
1308	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LA LIGNE. <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div>NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.212 _____</div> <div>NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.219 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/></div> </div>																																					
1309	(NOM) suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				
1310	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes :  SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<table border="0" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERS SON NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIRE DES LIVRES</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> <tr> <td>b) RACONTER DES HISTOIRES</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> <tr> <td>f) NOMMER/ COMPTER</td> <td align="center">A</td> <td align="center">B</td> <td align="center">X</td> <td align="center">Y</td> </tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE	a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y	b) RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y	c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y	d) PROMENER	A	B	X	Y	e) JOUER	A	B	X	Y	f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y	
	MÈRE	PÈRE	AUTRE	PERS SON NE																																		
a) LIRE DES LIVRES	A	B	X	Y																																		
b) RACONTER DES HISTOIRES	A	B	X	Y																																		
c) CHANTER DES CHANSONS	A	B	X	Y																																		
d) PROMENER	A	B	X	Y																																		
e) JOUER	A	B	X	Y																																		
f) NOMMER/ COMPTER	A	B	X	Y																																		
1311	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la sante et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				
1312	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				
1313	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				
1314	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				
1315	Est-ce que (NOM) est parfois trop malade pour jouer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																				

SECTION 13. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1316	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1317	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1318	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1319	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1320	Est-ce que (NOM) est facilement distrait ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1500	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE SUR LES VIOLENCES ?</p> <p style="text-align: center;"> FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">FEMME <input type="checkbox"/></span>  POUR CETTE SECTION ↓ <span style="margin-left: 100px;">NON SÉLECTIONNÉE</span> </p>		1533																								
1501	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAIN D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p style="text-align: center;"> VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1      IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2  ↓ <span style="margin-left: 150px;">→</span> </p>		1532																								
1501A	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au Burundi. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p>																										
1502	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p style="text-align: center;"> ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>      PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/>      JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </p>		1516																								
1503	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?      JALOUX ..... 1    2    8</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?      ACCUSE ..... 1    2    8</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?      VOIR AMIES ..... 1    2    8</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?      VOIR FAMILLE ..... 1    2    8</p> <p>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?      OÙ VOUS ÊTES ..... 1    2    8</p>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VOIR FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
JALOUX	1	2	8																								
ACCUSE	1	2	8																								
VOIR AMIES	1	2	8																								
VOIR FAMILLE	1	2	8																								
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																								
1504	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) :</p> <p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres</p> <p>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</p> <p>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th colspan="2"></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>TEMPS EN SOUVENT</th> <th>PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </tbody> </table>			DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS	a)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3					
		DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																							
a)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							
b)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							
c)	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																							

## SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																							
1505	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>SOUVENT</th><th>TEMPS EN TEMPS</th><th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	b) vous gifle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
b) vous gifle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
1506	VÉRIFIEZ 1505A (a-j):  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 1509																																																							
1507	Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/>  AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE ..... 95																																																								
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</td> <td>OUI ..... 1 NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</td> <td>OUI ..... 1 NON ..... 2</td> </tr> <tr> <td>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</td> <td>OUI ..... 1 NON ..... 2</td> </tr> </tbody> </table>	a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																		
a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																									
b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																									
c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																									
1509	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OUI ..... 1</td> </tr> <tr> <td>NON ..... 2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI ..... 1	NON ..... 2	→ 1511																																																					
OUI ..... 1																																																										
NON ..... 2																																																										
1510	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>SOUVENT ..... 1</td> </tr> <tr> <td>DE TEMPS EN TEMPS ..... 2</td> </tr> <tr> <td>PAS DU TOUT ..... 3</td> </tr> </tbody> </table>	SOUVENT ..... 1	DE TEMPS EN TEMPS ..... 2	PAS DU TOUT ..... 3																																																					
SOUVENT ..... 1																																																										
DE TEMPS EN TEMPS ..... 2																																																										
PAS DU TOUT ..... 3																																																										

**SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1511	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1513															
1512	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 JAMAIS ..... 3																
1513	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS ..... 1 PARFOIS PEUR ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3																
1514	<b>VÉRIFIEZ 709:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓</div> <div>MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS →</div> </div>		→ 1516															
1515	<div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <b>A.</b> Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) . </div> <div style="flex: 1;"> <b>B.</b> Il y a combien de temps que cela s'est produit ? </div> </div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>IL Y A 0-11 MOIS</th><th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th><th>NE SE SOUVIENT PAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS														
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3														
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3														
1516	<b>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</b>  <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;"> <b>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</b> <input type="checkbox"/> </div> <div style="flex: 1;"> <b>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</b> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; margin-top: 10px;"> <div style="flex: 1;"> <b>a)</b> Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ? </div> <div style="flex: 1;"> <b>b)</b> Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ? </div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1519															
1517	Qui vous a agressé de cette façon ?  Quelqu'un d'autre ?  <b>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</b>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... B SOEUR/FRÈRE ..... C FILLE/FILS ..... D AUTRE PARENT ..... E PETIT AMI ACTUEL ..... F PETIT AMI PRÉCÉDENT ..... G BELLE-MÈRE ..... H BEAU-PÈRE ..... I AUTRE BEAU-PARENT ..... J ENSEIGNANT ..... K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... L POLICE/SOLDAT ..... M AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)																
1518	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																



**SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1519	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p align="center"> A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/>  (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓ </p> <p align="center"> N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 1522 </p>		
1520	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1522
1521	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... D</p> <p>FILLE/FILS ..... E</p> <p>AUTRE PARENT ..... F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... I</p> <p>BELLE-MÈRE ..... J</p> <p>BEAU-PÈRE ..... K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... L</p> <p>ENSEIGNANT ..... M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... N</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... O</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>	
1522	<p>VÉRIFIEZ 701 AND 702:</p> <p align="center"> A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ </p> <p align="center"> JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1522B </p>		
1522A	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire). À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	<p>→ 1523</p> <p>→ 1524A</p>
1522B	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	→ 1526
1523	<p>Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... 01</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... 03</p> <p>PÈRE/BEAU-PÈRE ..... 04</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... 05</p> <p>AUTRE PARENT ..... 06</p> <p>BEAU-PARENT ..... 07</p> <p>AMI/RENCONTRE ..... 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE ..... 09</p> <p>ENSEIGNANT ..... 10</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... 11</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... 12</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX ..... 13</p> <p>INCONNU ..... 14</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(SPECIFY)</p>	

**SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1524	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1525
1524A	<p>VÉRIFIEZ 1505A (h-j) et 1515A(b):</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> </div>		→ 1526
1525	<p>VÉRIFIEZ 701 AND 702:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓</p> <p>b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
1526	<p>VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p> </div>		→ 1530
1527	<p>Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1529
1528	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE ..... A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE ..... B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN ..... D</p> <p>AMI ..... E</p> <p>VOISIN ..... F</p> <p>RELIGIEUX ..... G</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ ..... H</p> <p>POLICE ..... I</p> <p>HOMME DE LOI ..... J</p> <p>SERVICE SOCIAL ..... K</p> <p>AUTRE ..... X (SPECIFY)</p>	→ 1530
1529	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1530	<p>Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 15: VIOLENCES BASÉES SUR LE GENRE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
	REMERCEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																						
1531	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADULTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME .....	1	2	3	ADULTE .....	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																				
MARI .....	1	2	3																				
AUTRE HOMME .....	1	2	3																				
ADULTE .....	1	2	3																				
FEMME ADULTE .....	1	2	3																				
1532	ICOMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.  _____ _____ _____																						
1533	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... MINUTE.....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																				

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---