

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-V 2017)**  
**QUESTIONNAIRE FEMME**

RÉPUBLIQUE DU BENIN  
 MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE  
 ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE)

IDENTIFICATION				
DÉPARTEMENT _____				
COMMUNE _____				
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....				
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LA SECTION VIOLENCE DOMESTIQUE ? (1=OUI, 2=NON) .....				
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
				MOIS
NOM DE L'ENQUÊTRICE				ANNÉE
RÉSULTAT*				No ENQUÊT
				RÉSULTAT*
PROCHAINE DATE VISITE				NOMBRE TOTAL DE VISITES
HEURE				
*CODES RÉSULTAT :    1 COMPLÉTÉ                      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON    5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ    7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      PRÉCISEZ				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0 1</b> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b>	LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** _____	TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) _____	
**CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS      03 Bariba      05 Dendi      07 Yoruba 02 Adja          04 Fon          06 Ditamari      08 Autre				
SUPERVISEUR _____ NOM		_____ NUMÉRO	ÉDITEUR _____ NOM	
		_____ NUMÉRO		

## PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE et de L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Bénin. 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 60 et 90 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 ?

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.	HEURES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> MINUTES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  DEPUIS TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville à statut particulier, une autre ville ou dans une ville secondaire ?	VILLE À STATUT PARTICULIER ..... 1 AUTRE VILLE ..... 2 VILLE SECONDAIRE ..... 3 EN DEHORS DU BÉNIN ..... 4	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quel département est-ce que vous viviez ?	ALIBORI ..... 01 ATACORA ..... 02 ATLANTIQUE ..... 03 BORGOU ..... 04 COLLINES ..... 05 COUFFO ..... 06 DONGA ..... 07 LITTORAL ..... 08 MONO ..... 09 OUÉMÉ ..... 10 PLATEAU ..... 11 ZOU ..... 12 EN DEHORS DU BENIN ..... 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" 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 style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
106A	<p>VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>MÉNAGE <input type="checkbox"/></p> <p>SÉLECTIONNÉ POUR</p> <p>ENQUÊTE HOMME</p> </div> <div> <p>MÉNAGE NON <input type="checkbox"/></p> <p>SÉLECTIONNÉ POUR</p> <p>ENQUÊTE HOMME</p> </div> </div>		→ 107
106B	<p>VÉRIFIEZ 106:</p>	<p>15-29 ANS ..... 1</p> <p>30-49 ANS ..... 2</p>	→ 107
106C	<p>Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une tension artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une tension élevée peut endommager sérieusement le cœur.</p> <p>Je vous donnerai les résultats de la mesure de la tension artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ?</p> <p>Vous pouvez dire oui ou non ou vous pouvez aussi décider à n'importe quel moment de ne pas participer à la prise des mesures de la tension artérielle .</p>	<p>OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1</p> <p>NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS ..... 2</p>	→ 107
106D	<p>Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures.</p> <p>Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes :</p> <p>a) Mangé quelque chose ?</p> <p>b) Consommé du café, du thé, de la cola ou bu une autre boisson contenant de la caféine ?</p> <p>c) Fumé du tabac sous n'importe quelle forme ?</p> <p>d) Effectué une activité physique ou des exercices physiques de manière intensive ?</p>	<p align="right">OUI NON</p> <p>a) MANGER ..... 1 2</p> <p>b) CAFEINE ..... 1 2</p> <p>c) FUMER ..... 1 2</p> <p>d) PHYSIQUE ..... 1 2</p>	
106E	REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉE ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA TENSION		
106F	<p>PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIASTOLIQUE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>REFUSÉ ..... 994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995</p> <p>AUTRE ..... 996</p>	
107	Êtes-vous allée à l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE 1<sup>er</sup> CYCLE ..... 2</p> <p>SECONDAIRE 2<sup>ème</sup> CYCLE ..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 4</p>	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109	Quelle est LA CLASSE la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
110	VÉRIFIEZ 108:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/>  SECONDAIRE  (1er ou 2eme CYCLE) ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> </div> </div>		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:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE '2', '3' <input type="checkbox"/>  OU '4' ↓  ENCERCLÉ </div> <div style="text-align: center;"> CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/>  ENCERCLÉ </div> </div>		114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
114	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
115	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	118
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	122
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	122
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
122	Quelle religion pratiquez-vous ?	VODOUN ..... 1 AUTRES TRADITIONNELLES ..... 2 ISLAM ..... 3 CATHOLIQUE ..... 4 PROTESTANT METHODISTE ..... 5 AUTRES PROTESTANTS ..... 6 CELESTES ..... 7 AUTRES CHRETIENS ..... 8 AUTRES RELIGIONS ..... 9 AUCUNE ..... 10													
123	Quelle est votre ethnie ?	ADJA ET APPARENTÉS ..... 1 BARIBA ET APPARENTÉS ..... 2 DENDI ET APPARENTÉS ..... 3 FON ET APPARENTÉS ..... 4 YOA ET LOKPA ET APPARENTÉS ..... 5 BETAMARIBE ET APPARENTÉS ..... 6 PEULH ET APPARENTÉS ..... 7 YORUBA ET APPARENTÉS ..... 8 AUTRE BÉNINOIS ..... 96 (PRÉCISEZ) AUTRE NATIONALITÉS ..... 97 (PRECISEZ)													
123A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> MENAGE NON SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME POUR ENQUÊTE HOMME → 124														
123B	VÉRIFIEZ 106 :	15-29 ANS ..... 1 30-49 ANS ..... 2	→ 124												
123C	Est-ce que je peux mesurer votre pression artérielle maintenant ?  SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE _____	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS ..... 2	→ 124												
123D	PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.  SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ ..... 994 PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995 AUTRE ..... 996													
124	À combien de kilomètres se trouve le premier centre de santé public ?	KILOMÈTRES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998													
125	Combien de temps faut-il pour atteindre le centre de santé public le plus proche?	MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998													

**CODES POUR Qs. 108 ET 109: NIVEAU D'INSTRUCTION / CLASSE**

NIVEAU ATTEINT	1 = PRIMAIRE	2 = SECONDAIRE 1 <sup>ER</sup> CYCLE	3 = SECONDAIRE 2 <sup>ND</sup> CYCLE	4 = SUPÉRIEUR
	< D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN CI = 0	< D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 6 <sup>ÈME</sup> = 0	< D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 2 <sup>NDE</sup> = 0	< D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 1 <sup>ÈRE</sup> AN. = 0
CLASSE	CI = 1	6 <sup>ÈME</sup> = 1	2 <sup>NDE</sup> = 1	1 <sup>ÈRE</sup> ANNÉE = 1
ACHEVÉE	CP = 2	5 <sup>ÈME</sup> = 2	1 <sup>ÈRE</sup> = 2	2 <sup>ÈME</sup> ANNÉE = 2
AVEC	CE1 = 3	4 <sup>ÈME</sup> = 3	TERMINALE = 3	3 <sup>ÈME</sup> ANNÉE = 3
SUCCÈS	CE2 = 4	3 <sup>ÈME</sup> = 4		4 <sup>ÈME</sup> AN. OU + = 4
	CM1 = 5			
	CM2 = 6			
	NSP = 8	NSP = 8	NSP = 8	NSP = 8

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 ..... b) FILLES À LA MAISON ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... b) FILLES AILLEURS ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
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 ..... b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES ..... <div><div></div><div></div></div>	
209	VÉRIFIEZ 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIEZ 208:  UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓  AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226

## SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.  
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/Triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 10 naissances, utilisez un questionnaire supplémentaire, en commençant à la seconde ligne.

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRI-VEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p>	<p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N0 DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>	<p>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p>
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)</p>	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(NAISSANCE SUIVANTE)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)</p>	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)</p>	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE</p>	<p>YES 1 NON 2 (ALLEZ À 220)</p>	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)</p>	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	<p>OUI 1 NON 2</p>	<p>N0 LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUT NAIS.)</p> <p>NON 2 (NAIS SUIV.)</p>

## SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.  
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/Triplés sur des lignes séparées. S'il y a plus de 10 naissances, utilisez un questionnaire supplémentaire, en commençant à la seconde ligne.

212	213	214	215	216	217 SI EN VIE:	218 SI EN VIE:	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?  INSCRI-VEZ LE NOM.  NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?  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"/>	(NOM) est-il/elle encore en vie ?  OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?  OUI 1 NON 2	INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.  NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221)	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?  SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?  PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?  OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.)
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 EN 2012-2017	NOMBRE DE NAISSANCES! ..... <input type="text"/> AUCUNE ..... 0	→ 226
225	<b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2012-2017, 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 DURÉ.)		
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 (1)	<p>VÉRIFIEZ 231:</p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2012- <input type="checkbox"/></p> <p>DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT JANVIER 2012 <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 234</p> <p>→ 239</p>
LINE NO.	<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 (1)</p> <p>Depuis janvier 2012, 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 → LIG SUIV. → 236</p> <p>NON ..... 2</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 → LIG SUIV. → 236</p> <p>NON ..... 2</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 → LIG SUIV. → 236</p> <p>NON ..... 2</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 → 236</p> <p>NON ..... 2</p>
236	<p><b>C</b> POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2012-2017 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 2012 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 239
238	<p>Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2012 ?</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 RÉGLES COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÉGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÉGLES ..... 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 de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois.	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par un agent de santé ou un relais communautaire 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 agent de santé 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 Masculin. 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 dans les trois jours qui suivent des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<b>VÉRIFIEZ 226:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>  OU PAS SÛRE ↓ </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 312 </div> </div>		
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 312
304	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM MASCULIN ..... G CONDOM FÉMININ ..... H PILULE DU LENDEMAIN ..... I MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y	→ 307 → 309 → 306 → 309
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?   SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	HARMONIE ..... 01 DUOFEM ..... 02 MICROGYNON ..... 03 EUGYNON ..... 04 LO-FEMENAL ..... 05 CONFIANCE ..... 06 MINIDRIL ..... 07 STEDIRIL ..... 08  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	→ 309
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	PRUDENCE ..... 01 COOL ..... 02 NO LOGO ..... 03  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	→ 309

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p>   <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 12</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 22</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFSSIONNELLE .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
308	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													<p>→ 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><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table></p>													
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) (6)

311	<p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 48%;"> <p>ANNÉE EST 2012-2017 </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>ENSUITE CONTINUEZ </p> </div> <div style="width: 48%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNÉE EST 2011 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 2012 .</p> <p>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 2012. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>			
		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	<div style="text-align: center;"> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE </div>	<div style="text-align: center;"> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE </div>	<div style="text-align: center;"> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE </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 (ALLEZ À 312I)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 312I)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 312I)
312C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE .. <input type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input type="text"/>	CODE MÉTHODE .. <input 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	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312F)  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312F)  DATE DONNÉE ..... 95	IMMÉDIATEMENT ..... 00  MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312F)  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	<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) ?	<div>RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/></div>	<div>RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/></div>	<div>RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/></div>
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 ENCERCLE 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 DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 12 CLINIQUE MOBILE ..... 13 AGENT DE SANTÉ/ RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... _____ 16 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 SOIN MÉDICAL/CABINET CLINIQUE ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 CENTRE/HÔPITAL CONFSSIONNELLE ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... _____ 26 (PRÉCISEZ)  <b>ONG</b> CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE ..... 31  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 41 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42 AMIS/PARENTS ..... 43  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304:  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 PILULE DU LENDEMAIN ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 323     → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 321 → 320
319	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 321
320	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
321	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
322	<p>VÉRIFIEZ 318 ET 319:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN <input type="checkbox"/> OUI'</p> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
324	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	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	→ 327 → 327 → 327

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 12</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ/</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>SOIN MÉDICAL/CABINET CLINIQUE ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESIONNELLE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>ONG</b></p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE ..... 31</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un relais communautaire ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 329
328	<p>Est-ce que le relais communautaire vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 401
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224:	<div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012-2017   <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             AUCUNE NAISSANCE EN 2012-2017   <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;">             → 648           </div>	
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 2012-2017. 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	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE ..... <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM ..... <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>VIVANT <input type="checkbox"/></span> <span>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></span> </div>	NOM ..... <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>VIVANT <input type="checkbox"/></span> <span>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></span> </div>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">(ALLEZ À 408) ←</div>	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">(ALLEZ À 426) ←</div>
406	VÉRIFIEZ 208:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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> </div> <div style="width: 45%;"> <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 plus d'enfant ?</p> </div> </div>	PLUS TARD ..... 1 PLUS/AUCUN ..... 2 <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">(ALLEZ À 408) ←</div>	PLUS TARD ..... 1 PLUS/AUCUN ..... 2 <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">(ALLEZ À 426) ←</div>
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ..... 1 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span> ANNÉES ..... 2 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span> NE SAIT PAS ..... 998	MOIS ..... 1 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span> ANNÉES ..... 2 <span style="border: 1px solid black; padding: 0 10px;">  </span> NE SAIT PAS ..... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: right; margin-top: -10px;">(ALLEZ À 414) ←</div>	
409	Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<div> <b>PROF. DE LA SANTÉ</b>              MÉDECIN ..... A              INFIRMIÈRE ..... B              SAGE-FEMME ..... C  <b>AUTRE PERSONNEL</b>              AIDE SOIGNANTE ..... D              MATRONE ..... E              ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... F              AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... G              AUTRE ..... X  <div style="text-align: center; margin-top: -10px;">(PRÉCISEZ)</div> </div>	

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 GOUVERNEMENT C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT . . D</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE . . . . E</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE . . . . F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . H</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE . . I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																												
411	De combien de mois étiez-vous enceinte 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>																												
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>d) Vous a-t-on pris le poids ?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>e) Vous a-t-on mesuré la taille ?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>g) Vous a-t-on fait une échographie?</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels?</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	1	2	d) Vous a-t-on pris le poids ?	1	2	e) Vous a-t-on mesuré la taille ?	1	2	f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen?	1	2	g) Vous a-t-on fait une échographie?	1	2	h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels?	1	2	
	OUI	NON																												
a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2																												
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2																												
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	1	2																												
d) Vous a-t-on pris le poids ?	1	2																												
e) Vous a-t-on mesuré la taille ?	1	2																												
f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen?	1	2																												
g) Vous a-t-on fait une échographie?	1	2																												
h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels?	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>																												

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS ..... 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ?  SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 8	
419	VÉRIFIEZ 418:  SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?	IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés 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	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 des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS ..... 8	
423A	Quels médicaments avez-vous pris ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
423B	VÉRIFIEZ 423A :  SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 426) ←	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
424B	Combien de fois avez-vous pris la SP/FANSIDAR sous direct observation d'un agent de santé?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ... 0	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite médicale dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?  SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ... 2 AILLEURS ..... 6	
425A	VÉRIFIEZ 425 :  VISITE PRÉNATALE	CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 426) ←	
425B	Avez vous une carte prénatale pour le temps que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI, CARTE VUE ..... 1 OUI, CARTE PAS VUE ..... 2 (ALLEZ À 426) ← PAS DE CARTE ..... 8	
425C	VÉRIFIER LA CARTE PRÉNATALE ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE FOIS LA SP/FANSIDAR EST DONNÉE	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ... 0	
426	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ..... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ..... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
427	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS ..... 8
428	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998



SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
429	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE ..... B  SAGE-FEMME ..... C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  AIDE SOIGNANTE ..... D  MATRONE ..... E  ACCOUCHEUSE  TRADITIONNELLE ..... F  PARENT/AMI ..... G  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE ..... B  SAGE-FEMME ..... C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  AIDE SOIGNANTE ..... D  MATRONE ..... E  ACCOUCHEUSE  TRADITIONNELLE ..... F  PARENT/AMI ..... G  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)  PERSONNE ..... Y</p>																		
430	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b>  SA MAISON ..... 11  (PASSEZ À 434) ←  AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21  CENTRE DE SANTÉ  DU GOUVERNEMENT .. 22  MATERNITÉ ISOLÉE .. 23  UNITÉ VILLAGEOISE .. 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC  ..... 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ ..... 31  CENTRE/HÔPITAL  CONFESSIONNELLE .. 32  AUTRE SECTEUR MÉDICAL  ..... 36  (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96  (PRÉCISEZ)  (PASSEZ À 434) ←</p>	<p><b>MAISON</b>  SA MAISON ..... 11  (PASSEZ À 434) ←  AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21  CENTRE DE SANTÉ  DU GOUVERNEMENT .. 22  MATERNITÉ ISOLÉE .. 23  UNITÉ VILLAGEOISE .. 24  AUTRE SECTEUR PUBLIC  ..... 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE  PRIVÉ ..... 31  CENTRE/HÔPITAL  CONFESSIONNELLE .. 32  AUTRE SECTEUR MÉDICAL  ..... 36  (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96  (PRÉCISEZ)  (PASSEZ À 434) ←</p>																		
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;  SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>																			
432	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  (PASSEZ 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  APRÈS ..... 2</p>	<p>AVANT ..... 1  APRÈS ..... 2</p>																		

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433A	Est-ce que vous avez payé pour accoucher par césarienne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
434	Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 434B) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 459) ←
434A	Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
434B	VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT	CODE 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ (ALLEZ À 449) ←	
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 <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> 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 LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE ..... 12 SAGE-FEMME ..... 13 <b>AUTRE PERSONNEL</b> AIDE SOIGNANTE ..... 21 MATRONE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 24 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
437A	Est-ce qu'une femme paie pour avoir une césarienne au Bénin ?	OUI, PAIE ..... 1 NON, NE PAIE PAS ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
438	Je voudrais maintenant vous parler d'exams de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 (ALLEZ À 441) ←	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
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																			
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 LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE ..... 12 SAGE-FEMME ..... 13 <b>AUTRE PERSONNEL</b> AIDE SOIGNANTE ..... 21 MATRONE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																			
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" 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																			
443	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE ..... 12 SAGE-FEMME ..... 13 <b>AUTRE PERSONNEL</b> AIDE SOIGNANTE ..... 21 MATRONE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 24  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																			

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>_____ (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 GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONNELLE .. 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
447	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE .. . 12</p> <p>SAGE-FEMME .. . 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AIDE SOIGNANTE .. . 21</p> <p>MATRONE .. . 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE... 24</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 _____
448	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESIONELLE .. 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>	
449	<p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p>	
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE .. . 12</p> <p>SAGE-FEMME .. . 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AIDE SOIGNANTE .. . 21</p> <p>MATRONE .. . 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE... 24</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 _____						
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 GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONNELLE ... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</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>(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>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td> </tr> </table>						
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 LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE ... 12</p> <p>SAGE-FEMME ... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AIDE SOIGNANTE ... 21</p> <p>MATRONE ... 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ... 24</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 GOUVERNEMENT .. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFSSIONELLE .. 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>																									
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) TEMP. ....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) SIGNES .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON .....	1	2	8	b) TEMP. ....	1	2	8	c) SIGNES .....	1	2	8	d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) CORDON .....	1	2	8																								
b) TEMP. ....	1	2	8																								
c) SIGNES .....	1	2	8																								
d) CONSEIL ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																								
e) OBSERVÉ ALLAI-TEMENT ..	1	2	8																								
458	<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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 464) ←	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 (ALLEZ À 466) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ←	
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
467	Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
470	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.



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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2014-2017? <div> UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/>  2014-2017 ↓ </div> <div> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>  EN 2014-2017 </div>		→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2014-2017. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: <div> VIVANT <input type="checkbox"/>  ↓ </div> <div> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> </div>		→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET ..... 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT¹.. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT ..... 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: <div> CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>  ↓ </div> <div> CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div>		→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU ..... 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU ..... 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS ..... 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS ..... 4	→ 511A

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																												
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																													
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"> <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>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</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>VACCIN ANTIROUGEOLEUX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIÈVRE JAUNE</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				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL 1				VACCIN POLIO ORAL 2				VACCIN POLIO ORAL 3				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				VACCIN ANTIROUGEOLEUX				FIÈVRE JAUNE				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																												
BCG																																																															
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																															
VACCIN POLIO ORAL 1																																																															
VACCIN POLIO ORAL 2																																																															
VACCIN POLIO ORAL 3																																																															
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																																																															
VACCIN ANTIROUGEOLEUX																																																															
FIÈVRE JAUNE																																																															
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																															
509A	<p>VÉRIFIEZ 508A: 'BCG' À 'FIÈVRE JAUNE' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">OUI <input type="checkbox"/></span></p>		→ 525A																																																												
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>(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>(PUIS ALLEZ À 525A) ←</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 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 de vaccination ?	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 l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection faite au bras gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin 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 gauche pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 523A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	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	
524A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
524Aa	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 525A) ← NE SAIT PAS ..... 8	
524Ab	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ? [	AVRIL 2017 ..... 1 OCTOBRE 2017 ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Un mélange en poudre de micronutriments (MNP) ? b) Le Plumpy'Nuts ? c) Le Plumpy'Doz ?	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 2014-2017? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2014-2017 PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2014-2017		→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2014-2017. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>		→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET ..... 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT¹.. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT ..... 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU ..... 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU ..... 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS ..... 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS ..... 4	→ 511B

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																												
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ..... <table border="1"><tr><td></td><td></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>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</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>VACCIN ANTIROUGEOLEUX</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIÈVRE JAUNE</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				VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)				VACCIN POLIO ORAL 1				VACCIN POLIO ORAL 2				VACCIN POLIO ORAL 3				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				VACCIN ANTIROUGEOLEUX				FIÈVRE JAUNE				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)			
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																												
BCG																																																															
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																															
VACCIN POLIO ORAL 1																																																															
VACCIN POLIO ORAL 2																																																															
VACCIN POLIO ORAL 3																																																															
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																																																															
VACCIN ANTIROUGEOLEUX																																																															
FIÈVRE JAUNE																																																															
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																															
509B	<p>VÉRIFIEZ 508B: 'BCG' À 'FIÈVRE JAUNE' TOUT ENREGISTRÉ ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>NON <input type="checkbox"/></span> <span>OUI <input type="checkbox"/> → 525B</span> </div>																																																														
510B	<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 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. NOTEZ '00' DANS LA COLONNE JOUR CORRESPONDANTE POUR TOUTES LES VACCINATIONS NON DONNÉES)</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 de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection faite au bras gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 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 gauche pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 523B																
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>																	
523B	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																	
524B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
524Ba	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 527B) ← NE SAIT PAS ..... 8																	
524Bb	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ?	AVRIL 2017 ..... 1 OCTOBRE 2017 ..... 2  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)																	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Un mélange en poudre de micronutriments (MNP) ? b) Le Plumpy'Nuts ? c) Le 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 NUT .....</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 NUT .....	1	2	8	c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) POUDRE .....	1	2	8																
b) PLUMPY NUT .....	1	2	8																
c) PLUMPY DOZ .....	1	2	8																
526B	<p>VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017 <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←</p> </div> <div> <p>PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017 <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 2012-2017 <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           AUCUNE NAISSANCE EN 2012-2017 <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 2012-2017. 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-around;"> <div style="text-align: center;">           VIVANT <input type="checkbox"/>            ↓         </div> <div style="text-align: center;">           DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>            (ALLEZ À 646) ←         </div> </div>	NOM _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           VIVANT <input type="checkbox"/>            ↓         </div> <div style="text-align: center;">           DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>            (ALLEZ À 646) ←         </div> </div>
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 CAPSULES.	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 comme l'albendazole	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 <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</div> NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 <div style="text-align: center;">(ALLEZ À 618) ←</div> 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 ACTUELLEMENT</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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOU... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS. .... 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(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>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVT. . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. . . . . B</p> <p>CLINIQUE PF . . . . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN . . . . D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. . . . E</p> <p>AGENT DE SANTE</p> <p>STRAT AV . . . . . F</p> <p>AGENT DE SANTE/</p> <p>RELAJ COMM . . . . . G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL</b></p> <p><b>PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ . . . . . I</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL . . . . . J</p> <p>CABINET MEDCAL</p> <p>PRIVÉ . . . . . K</p> <p>PHARMACIE . . . . . L</p> <p>ABPF . . . . . M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) . . . N</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MED. PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE . . . . . P</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL . . . . . Q</p> <p>MARCHÉ . . . . . R</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS</p> <p>ITINÉRANTS . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVT. . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ</p> <p>GOUVT. . . . . B</p> <p>CLINIQUE PF . . . . . C</p> <p>AGENT DE TERRAIN . . . . D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. . . . E</p> <p>AGENT DE SANTE</p> <p>STRAT AV . . . . . F</p> <p>AGENT DE SANTE/</p> <p>RELAJ COMM . . . . . G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL</b></p> <p><b>PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ . . . . . I</p> <p>HÔPITAL CONFES-</p> <p>SIONNEL . . . . . J</p> <p>CABINET MEDCAL</p> <p>PRIVÉ . . . . . K</p> <p>PHARMACIE . . . . . L</p> <p>ABPF . . . . . M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) . . . N</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MED. PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE . . . . . P</p> <p>PRATICIEN</p> <p>TRADITIONNEL . . . . . Q</p> <p>MARCHÉ . . . . . R</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS</p> <p>ITINÉRANTS . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉ ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT</p> <p>OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCERCLÉS ENCECLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	<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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE 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 ORASEL ?</p> <p>b) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> <p>c) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) ORASEL .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>c) ZINC ..... 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) ORASEL .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>c) ZINC ..... 1 2 8</p>
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</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"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</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	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<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	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>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	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	<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	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>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 ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI NON OU NSP ↓ (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 TO 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 DU GOUVT. GOVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE ..... K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVT. GOVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE ..... K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L  <b>OTHER SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M PRATICIEN TRADITIONNEL ..... N MARCHÉ ..... O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS ..... P AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCLÉ ↓ (ALLEZ À 628) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCLÉ ↓ (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/SIROP ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N PARACETEMOL ..... O  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/SIROP ..... J INJECTION/IV ..... K  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... L ACETAMINOPHEN ..... M IBUPROFEN ..... N PARACETEMOL ..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI ..... NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	OUI ..... NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
631A	Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour traiter la fièvre de (NOM) ?  ENREGISTRER LE COÛT EN FCFA. SI PLUS DE 99 000FCFA, ENREGISTRER 99 000FCFA.	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 99995 NE SAIT PAS ..... 99998	COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 99995 NE SAIT PAS ..... 99998

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

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

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' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 644) ←	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'G' OU '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
645A	Est-ce que la prise en charge du paludisme pour les enfants âgés de moins de 5 ans est payable au Bénin ?	OUI, DOIT PAYER ..... 1 NON, NE DOIT PAS PAYER ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, DOIVENT PAYER ..... 1 NON, NE DOIVENT PAS PAYER ..... 2 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; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO (ORASEL)</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO (ORASEL)</p> <input type="checkbox"/> <p>→</p> </div> </div>		649
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé ORASEL 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 2015-2017 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>UN OU PLUS</p> <input type="checkbox"/> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN</p> <input type="checkbox"/> <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	<p>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.</p>	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		
	<p>d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>d) .....</p> <p align="center">NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT</p>	1                  2                  8		
	<p>e) Du lait en poudre pour bébé ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>e) .....</p> <p align="center">NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE</p>	1                  2                  8		
	f) D'autres liquides ?	f) .....	1                  2                  8		
	<p>g) Du yaourt ?</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>g) .....</p> <p align="center">NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT</p>	1                  2                  8		
	h) Une préparation d'aliments enrichis pour bébé comme cerelac, pépité d'or, ou céréso ?	h) .....	1                  2                  8		
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine (quaker) ou autres préparations à base de céréales ?	i) .....	1                  2                  8		
	j) Des citrouilles (goussi), carottes, courges ou courgettes qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) .....	1                  2                  8		
	k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, ou préparations à base de tubercules ?	k) .....	1                  2                  8		
	l) Des légumes à feuilles vert foncé comme l'épinard ?	l) .....	1                  2                  8		

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues, papayes mûres ou goyave ?	m) ..... 1                      2                      8	
	n) D'autres fruits ou légumes comme banane, pomme sauvage, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate ?	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 quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) ..... 1                      2                      8	
	v) Préparation à base d'huile de palme rouge, de noix de palme ou de sauce de pulpe de noix ?	v) ..... 1                      2                      8	
	w) Des patates douces qui sont jaunes à l'intérieur ?	w) ..... 1                      2                      8	
651	<p>VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'w'):</p> <p align="center">PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>                      AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 653
652	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p align="center">(RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS)</p> <p align="center">(PUIS CONTINUEZ AVEC 653)</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 654
653	<p>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 ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
654	La dernière fois que (NOM DE 649) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRIN ..... 01</p> <p>A JETÉ/RINCÉ</p> <p>DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02</p> <p>A JETÉ/RINCÉ</p> <p>DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03</p> <p>A JETÉ AUX ORDURES ..... 04</p> <p>A ENTERRÉ ..... 05</p> <p>A LAISSÉ À L'AIR LIBRE ..... 06</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	

**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> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</p> <p><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> </td> </tr> </table>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</p> <p><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>	<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
<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p>	<p>MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</p> <p><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>				
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 1 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3													IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 1 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3																																				
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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 1 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 2 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 4																	IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS . 1 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 2 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 4																	IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 1 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 2 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 IL Y A <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 4																

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 PERSONNES EST 95 OU PLUS,			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"/> ↓ ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>		→ 727
725	VÉRIFIEZ 701:  PAS <input type="checkbox"/> EN UNION ↓ 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 PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES 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 COOL ..... 02 NO LOGO ..... 03  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>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEME ..... 12</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ/</p> <p>RELAI COMMUNAUTAIRE ..... 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>SOIN MEDICAL/CABINET CLINIQUE ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONNELLE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>ONG</b></p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE ..... 31</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
731	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<table><tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td></tr><tr><td>ENFANTS &lt;10 .....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>HOMMES ADULTES .....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>FEMMES ADULTES .....</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		OUI	NON	ENFANTS <10 .....	1	2	HOMMES ADULTES .....	1	2	FEMMES ADULTES .....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 .....	1	2													
HOMMES ADULTES .....	1	2													
FEMMES ADULTES .....	1	2													

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 304:  NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 813
802	VÉRIFIEZ 226:  ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE	→ 804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	→ 805 → 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 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 ENCEINTE ..... 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 <input type="checkbox"/> ↓	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 811 → 811

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</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 souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> </div> <p>REGISTREZ 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>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p><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 ENDROIT ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b></p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ ..... P</p> <p>TROP CHER ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE ..... R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... U</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p> </div> </div>		→ 813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <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>PERSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN ..... 00 → 815</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 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																														
814	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 ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">GARÇONS</th> <th colspan="2">FILLES</th> <th colspan="2">PEU IMPORTE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NOMBRE ..</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRE</td> <td colspan="4"><input type="text"/></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td colspan="6">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </tbody> </table>	GARÇONS		FILLES		PEU IMPORTE		NOMBRE ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	AUTRE	<input type="text"/>				96	(PRÉCISEZ)												
GARÇONS		FILLES		PEU IMPORTE																													
NOMBRE ..	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
AUTRE	<input type="text"/>				96																												
(PRÉCISEZ)																																	
815	Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ? e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ? f) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? g) Vu quelque chose sur la planification familiale dans une séance d'animation culturelle/éducative ? h) Entendu parler de la planification familiale dans les lieux de culte (église/mosquée)? i) Entendu parler de la planification familiale à l'école?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) RADIO .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>b) TÉLÉVISION .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>c) JOURNAL OU MAGAZINE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>e) AFFICHE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>f) PROSPECTUS/BROCHURE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>g) ANIMATION CULTURELLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>i) A L'ÉCOLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) RADIO .....	1	2	b) TÉLÉVISION .....	1	2	c) JOURNAL OU MAGAZINE .....	1	2	d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....	1	2	e) AFFICHE .....	1	2	f) PROSPECTUS/BROCHURE .....	1	2	g) ANIMATION CULTURELLE .....	1	2	h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....	1	2	i) A L'ÉCOLE .....	1	2	
	OUI	NON																															
a) RADIO .....	1	2																															
b) TÉLÉVISION .....	1	2																															
c) JOURNAL OU MAGAZINE .....	1	2																															
d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....	1	2																															
e) AFFICHE .....	1	2																															
f) PROSPECTUS/BROCHURE .....	1	2																															
g) ANIMATION CULTURELLE .....	1	2																															
h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....	1	2																															
i) A L'ÉCOLE .....	1	2																															
816	A votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale: a) À la radio ? b) À la télévision ? c) Dans un journal ou magazine ? d) Sur votre portable ? e) Sur une affiche ? f) Dans un prospectus/brochure ? g) A une séance d'animation culturelle/éducative ? h) Dans les lieux de culte (église/mosquée)? i) A l'école?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ADMIS-SIBLE</th> <th>INAD-MISSI-BLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a) RADIO .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>b) TÉLÉVISION .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>c) JOURNAL OU MAGAZINE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>e) AFFICHE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>f) PROSPECTUS/BROCHURE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>g) ANIMATION CULTURELLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr><td>i) A L'ÉCOLE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		ADMIS-SIBLE	INAD-MISSI-BLE	a) RADIO .....	1	2	b) TÉLÉVISION .....	1	2	c) JOURNAL OU MAGAZINE .....	1	2	d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....	1	2	e) AFFICHE .....	1	2	f) PROSPECTUS/BROCHURE .....	1	2	g) ANIMATION CULTURELLE .....	1	2	h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....	1	2	i) A L'ÉCOLE .....	1	2	
	ADMIS-SIBLE	INAD-MISSI-BLE																															
a) RADIO .....	1	2																															
b) TÉLÉVISION .....	1	2																															
c) JOURNAL OU MAGAZINE .....	1	2																															
d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....	1	2																															
e) AFFICHE .....	1	2																															
f) PROSPECTUS/BROCHURE .....	1	2																															
g) ANIMATION CULTURELLE .....	1	2																															
h) ÉGLISE/MOSQUÉE .....	1	2																															
i) A L'ÉCOLE .....	1	2																															
817	VÉRIFIEZ 701: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION	→ 901																															
818	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	→ 820 → 822																															

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
819	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">             → 821           </div>
820	Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
821	VÉRIFIEZ 304:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>             NI LUI, NI ELLE              STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> </div> <div>             IL OU ELLE <input type="checkbox"/> </div> </div>		<div style="border-left: 1px solid black; padding-left: 5px;">             → 901           </div>
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

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

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701:  ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	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'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2ND CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 906
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913
911	Bien que vous n'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:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             PAS EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 925
918	VÉRIFIEZ 916:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             AUTRE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 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 <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div>	
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 <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div>	
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 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 eues ? 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 professionnel 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 professionnel 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>	→ 1108															
1107	<p>Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PIPES BOURRÉES DE TABAC ..... B</p> <p>CIGARES ..... C</p> <p>PIPE À EAU ..... D</p> <p>TABAC À CHIQUER ..... E</p> <p>TABAC/POUDRE 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>																
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"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGEN' .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION .....	1	2	b) OBTENIR L'ARGEN' .....	1	2	c) DISTANCE .....	1	2	d) ALLER SEULE .....	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION .....	1	2																
b) OBTENIR L'ARGEN' .....	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	→ 1112
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
1112	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:  MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR L'ENQUÊTE HOMME MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/>		→ 1201
1113	VÉRIFIEZ 106:	15-29 ANS ..... 1 30-49 ANS ..... 2	→ 1201
1114	Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle ?  _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE      _____ DATE	OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE ..... 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS ..... 2	→ 1201
1115	LISEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE.  SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON.	SYSTOLIQUE ..... DIASTOLIQUE .....  REFUSÉ ..... 994 PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995 AUTRE ..... 996	

SECTION 12. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
1201	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 0-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		1301																
1202	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.  NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q. 212 _____ NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/>																		
1203	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 1202), votre enfant le plus jeune de 0-4 ans vivant avec vous.																		
1204	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																	
1205	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.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) JOUETS FABRIQUÉ À LA MAISON</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>b) JOUETS DE MAGASIN .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>c) OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	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	
	OUI	NON	NSP																
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																
1206	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) Laissez seul(e) pendant plus d'une heure ?  b) Laissez 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"/>																	
1207	VÉRIFIEZ 217 : L'ÂGE DE L'ENFANT  ENFANT DE 3 OU 4 ANS <input type="checkbox"/> ENFANT DE 0, 1, OU 2 ANS <input type="checkbox"/>		1301																
1208	VÉRIFIEZ 217 ET 218 : TOUT ENFANT DE 3-4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		1301																

SECTION 12. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																			
1208A	<p>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.</p> <p>NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.212 _____</p> <p>NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																																					
1209	<p>(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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				
1210	<p>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 :</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ?</p> <p>b) Raconter des histoires a (NOM) ?</p> <p>c) Chanter des chansons a (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ?</p> <p>d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?</p> <p>e) Jouer avec (NOM) ?</p> <p>f) Nommer, compter, et/ou dessiner des choses pour ou avec (NOM) ?</p>	<table border="0"> <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>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>b) RACONTER DES HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>f) NOMMER/ COMPTER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>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																																		
1211	<p>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.</p> <p>Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				
1212	<p>Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				
1213	<p>Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				
1214	<p>Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				
1215	<p>Est-ce que (NOM) est parfois trop malade pour jouer ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																																				

SECTION 12. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1216	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	
1217	Quand on donne quelque chose à faire a (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1218	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1219	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	
1220	Est-ce que (NOM) est facilement distrait ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et sœurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et sœurs nés de votre mère biologique ?</p> <table border="1"> <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"/>																																												
1302	<p>VÉRIFIEZ 1301:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p>		→ 1304																																												
1303	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et sœurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1304	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou sœurs 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 1301.</p>																																														
1305	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et sœurs 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 1301.</p>																																														
1306	<p>Certaines personnes ont des frères ou sœurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou sœurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p>																																														
1307	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1301.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS ... <input type="text"/><input type="text"/></p>																																													

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1308	<p>VÉRIFIEZ 1307:</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"/> → VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1301 ET/OU 1307.</p>		
1309	<p>VÉRIFIEZ 1307:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/>      AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/></p> <p>OU UNE SOEUR LISTÉ      OU SOEUR LISTÉ</p>		→ 1401
1310	<p>Dites-mois, s'il vous plaît, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301 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>		
1311	<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 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE**

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 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.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1314	(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
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (02) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (03) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (04) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (05) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (06) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (07) ←
1316	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1317	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"/>
1318	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 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2
1320	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
1321	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 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (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"/>



SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 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.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
		_____	_____	_____	_____	_____	_____
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLENZ À (02) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (03) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (04) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (05) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (06) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (07) ← NON ..... 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

**SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE**

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 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.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1314	(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
1315	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (08) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (09) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (10) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (11) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (12) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1317 ← NSP ..... 8 ALLEZ À (13) ←
1316	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)
1317	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"/>
1318	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 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323
1319	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1323 ← NON ..... 2
1320	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
1321	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 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1323 ←
1322	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (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"/>

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1312	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 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.						
1313	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07) _____	(08) _____	(09) _____	(10) _____	(11) _____	(12) _____
1323	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLENZ À (08) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (09) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (10) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (11) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (12) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (13) ← NON ..... 2
1324	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (08)	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (09)	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (10)	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (11)	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (12)	OUI ..... 1 NON ..... 2  ALLENZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1000	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉE POUR L'ENQUÊTE HOMME ? MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR L'ENQUÊTE HOMME ↓ POUR L'ENQUÊTE HOMME		→ 1500																
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1042																
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant : a) Durant la grossesse ? b) Durant l'accouchement ? c) En allaitant ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) DURANT LA GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) DURANT ACCOUCHE</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> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) DURANT LA GROSSESSE	1	2	8	b) DURANT ACCOUCHE	1	2	8	c) EN ALLAITANT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) DURANT LA GROSSESSE	1	2	8																
b) DURANT ACCOUCHE	1	2	8																
c) EN ALLAITANT	1	2	8																
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1011																
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière/sage femme peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2015-2017 ↓ PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE EN 2014 <input type="checkbox"/>		→ 1027 → 1027																
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS ↓ PAS DE SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS		→ 1020																

## SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1013	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>																		
1014	<p>Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé :</p> <p>a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ?</p> <p>b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ?</p> <p>c) Effectuer un test du VIH ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) VIH DE LA MÈRE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) CHOSES À FAIRE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) TEST DU VIH .....</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) VIH DE LA MÈRE .....	1	2	8	b) CHOSES À FAIRE .....	1	2	8	c) TEST DU VIH .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) VIH DE LA MÈRE .....	1	2	8																
b) CHOSES À FAIRE .....	1	2	8																
c) TEST DU VIH .....	1	2	8																
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																
1016A	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils avant effectué le test. Avant d'effectuer votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
1017	<p>Où le test a-t-il été fait ?</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 DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 12</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST</p> <p>ET CONSEIL ..... 13</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE .. 14</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST</p> <p>ET CONSEIL ..... 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST</p> <p>ET CONSEIL ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST</p> <p>ET CONSEIL ..... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>MAISON ..... 31</p> <p>LIEU DE TRAVAIL ..... 32</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																	
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	<p>VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE:</p> <p>UN CODE <input type="checkbox"/> _____</p> <p>'21-36' ENCERCLÉ</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> _____</p>		→ 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																	

## SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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 <input type="checkbox"/> PAS POSÉE		→ 1027
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 DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 12 CENTRE DE DEPISTAGE VOLONTAIRE CLINIQUE DE PLAN ..... 13 SERVICES MOBILES DE TEST ..... 14  AU ET CONSEIL ..... 15  _____ 16 (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 22 PHARMACIE ..... 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ  _____ 26 (PRÉCISEZ) <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 31 LIEU DE TRAVAIL ..... 32 CENTRE DE DÉTENTION ..... 33  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 DU GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE ..... D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... X</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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 DÉPEND ..... 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 ↓ D'INFECTION OU  (UN 'OUI') 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 DU GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE ..... D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... L</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"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1401</p>		
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR ..... 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR ..... 8</p>	

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1401	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1402	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1406
1403	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1404	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1405	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1406	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1407	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1411
1408	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1409	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1410	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1411	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1413
1412	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1413	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique telle que l'asthme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1415
1414	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1415	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1417
1416	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1417	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1419
1418	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1419	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1421
1420	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1421	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI ..... 1  (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON ..... 2	→ 1423
1422	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1421) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1423	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1425
1424	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1425	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests qu'un professionnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le professionnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le professionnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1426	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de dépistage du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1430
1427	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ?	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
	SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NE SAIT PAS ..... 98	
1428	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF ..... 1 ANORMAL / POSITIF ..... 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT ..... 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1430 → 1430
1429	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À
1430	<p>VÉRIFIEZ Q123D ET Q1115:</p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q123D ET À Q1115 <input type="checkbox"/></p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q123D ET À Q1115 <input type="checkbox"/></p>		→ 1436
1431	ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q123D ET Q1115.		
1432	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q123D</p> <p align="center">SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1433	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q1115</p> <p align="center">SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1434	<p>SOMME DE Q1432 + Q1433</p> <p align="center">SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		
1435	<p>DIVISEZ Q1434 PAR 2</p> <p align="center">MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		→ 1440
1436	<p>VÉRIFIEZ Q123D</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE <u>ET</u> PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q123D <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q123D <input type="checkbox"/></p>		→ 1439
1437	<p>VÉRIFIEZ Q1115:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1115 <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q1115 <input type="checkbox"/></p>		→ 1439
1438	<p>VÉRIFIEZ Q106F:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106F <input type="checkbox"/></p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE <u>NON</u> ENREGISTRÉES À Q106F <input type="checkbox"/></p>		→ 1500
1439	<p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p align="center">SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>		

## SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À																																																							
1440	<p>UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .</p> <p>ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION <b>SYSTOLIQUE</b> DE Q1435 OU Q1439 .</p> <p>ENSUITE, ENCERCLEZ LA <b>COLONNE</b> OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q1435 OU Q1439 .</p> <p>LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q1441.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE</th> <th colspan="6">PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE</th> </tr> <tr> <th>&lt;84</th> <th>85-89</th> <th>90-99</th> <th>100-109</th> <th>110-119</th> <th>≥ 120</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤129</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>130-139</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>140-159</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>160-179</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>180-209</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>≥ 210</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE						<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120	≤129	1	2	3	4	5	6	130-139	2	2	3	4	5	6	140-159	3	3	3	4	5	6	160-179	4	4	4	4	5	6	180-209	5	5	5	5	5	6	≥ 210	6	6	6	6	6	6		
PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE																																																									
	<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120																																																				
≤129	1	2	3	4	5	6																																																				
130-139	2	2	3	4	5	6																																																				
140-159	3	3	3	4	5	6																																																				
160-179	4	4	4	4	5	6																																																				
180-209	5	5	5	5	5	6																																																				
≥ 210	6	6	6	6	6	6																																																				
1441	<p>ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q1440. UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNEZ À L'ENQUÊTÉE LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE</th> <th>CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>NORMALE</td> <td>24 MOIS</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL</td> <td>12 MOIS</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL</td> <td>2 MOIS</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>MODÉRÉMENT ÉLEVÉE</td> <td>1 MOIS</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>TRÈS ÉLEVÉE</td> <td>7 JOURS</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE</td> <td>AUJOURD'HUI</td> </tr> </tbody> </table>		CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :	1	NORMALE	24 MOIS	2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS	3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS	4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS	5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS	6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																				
	CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :																																																								
1	NORMALE	24 MOIS																																																								
2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS																																																								
3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS																																																								
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS																																																								
5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS																																																								
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																																								

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1500	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ?</p> <p>MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓</p> <p>MÉNAGE ET FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE →</p>		1533																								
1501	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 ↓</p> <p>IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2 →</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 BENIN. 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>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) ↓</p> <p>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 plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</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 personnes ?</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 rowspan="2"></th> <th rowspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12</th> </tr> <tr> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS DERNIERS MOIS</th> <th></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 PAS DANS 12			SOUVENT	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 PAS DANS 12																									
		SOUVENT	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. VIOLENCE DOMESTIQUE

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 PAS DANS 12 TEMPS 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 3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 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 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 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 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 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 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 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 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 3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS 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 PAS DANS 12 TEMPS 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): <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div> AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ </div> <div> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → </div> </div>		1509																																												
1507	Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE ..... 95																																													
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :  a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?  b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?  c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>.....</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>.....</td><td>2</td></tr> <tr> <td colspan="3"> </td></tr> <tr> <td>OUI</td><td>.....</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>.....</td><td>2</td></tr> <tr> <td colspan="3"> </td></tr> <tr> <td>OUI</td><td>.....</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>.....</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	OUI	.....	1	NON	.....	2				OUI	.....	1	NON	.....	2				OUI	.....	1	NON	.....	2																					
OUI	.....	1																																													
NON	.....	2																																													
OUI	.....	1																																													
NON	.....	2																																													
OUI	.....	1																																													
NON	.....	2																																													

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

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



SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1517	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... B SOEUR/FRÈRE ..... C FILLE/FILS ..... D AUTRE PARENT ..... E PETIT AMI ACTUEL ..... F PETIT AMI 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	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1519	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p 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>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1522
1521	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C SOEUR/FRÈRE ..... D FILLE/FILS ..... E AUTRE PARENT ..... F ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G PETIT AMI ACTUEL ..... H ANCIEN PETIT AMI ..... I BELLE-MÈRE ..... J BEAU-PÈRE ..... K AUTRE BEAU-PARENT ..... L ENSEIGNANT ..... M EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... N POLICE/SOLDAT ..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
1522	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 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 contre votre volonté ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1523 → 1524A

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1522B	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1526
1523	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé ?	MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... 03 PÈRE/BEAU-PÈRE ..... 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... 05 AUTRE PARENT ..... 06 BEAU-PARENT ..... 07 AMI/RENCONTRE ..... 08 AMI DE LA FAMILLE ..... 09 ENSEIGNANT ..... 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... 11 POLICE/SOLDAT ..... 12 PRÊTRE/RELIGIEUX ..... 13 INCONNU ..... 14  AUTRE ..... 96 (PRECISEZ)	
1524	VÉRIFIEZ 701 ET 702:  <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>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1525
1524A	VÉRIFIEZ 1505A (h-j) et 1515A(b):  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓           </div> <div>             PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →           </div> </div>		→ 1526
1525	VÉRIFIEZ 701 ET 702:  <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>	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
1526	VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B:  AU MOINS UN <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ 'OUI'		→ 1530								
1527	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1529								
1528	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?  Personne d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE ..... A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE ..... B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN ..... D AMI ..... E VOISIN ..... F RELIGIEUX ..... G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ ..... H POLICE ..... I HOMME DE LOI ..... J SERVICE SOCIAL ..... K ONG ..... L  AUTRE ..... X (PRECISEZ)	→ 1530								
1529	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2									
1530	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									
	REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR 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 ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>OUI 1 FOIS</span> <span>OUI, PLUS D'UNE FOIS</span> <span>NON</span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MARI ..... 1</div> <div>AUTRE HOMME</div> <div>ADULTE ..... 1</div> <div>FEMME ADULTE ..... 1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>2</div> <div>3</div> <div>2</div> <div>3</div> </div>									
1532	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.  _____  _____										
1533	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> </table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></td></tr> <tr><td style="width: 30px; height: 30px;"></td><td style="width: 30px; height: 30px;"></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

---

---

---

---

---

## INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

## CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. (2)

N NAISSANCES

G GROSSESSES

F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE

2 STÉRILISATION MASCULINE

3 DIU

4 INJECTABLES

5 IMPLANTS

6 PILULE

7 CONDOM

8 CONDOM FÉMININ

9 PILULE DU LENDEMAIN

J MÉTHODE DES JOURS FIXES

K MÉTHODE DE L'AMÉNORRÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE

Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT

1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT

2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE

3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE

4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE

5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES

6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ

7 COÛTE TROP CHER

8 PAS PRATIQUE À UTILISER

F FATALISTE

A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE

D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION

X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2017. Pour la collecte commençant en 2018, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2011 doit être changé en 2012, 2012 doit être changé en 2013, 2013 doit être changé en 2014, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

(2) Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.

			COL. 1	COL. 2
	12	DEC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
2	09	SEP	04	2
	08	AOUT	05	
0	07	JUL	06	0
	06	JUIN	07	
1	05	MAI	08	1
	04	AVRIL	09	
7	03	MARS	10	7
	02	FEVRIER	11	
(1)	01	JAN	12	
	12	DEC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
2	09	SEP	16	2
	08	AOUT	17	
0	07	JUL	18	0
	06	JUIN	19	
1	05	MAI	20	1
	04	AVRIL	21	
6	03	MARS	22	6
	02	FEVRIER	23	
	01	JAN	24	
	12	DEC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
2	09	SEP	28	2
	08	AOUT	29	
0	07	JUL	30	0
	06	JUIN	31	
1	05	MAI	32	1
	04	AVRIL	33	
5	03	MARS	34	5
	02	FEVRIER	35	
	01	JAN	36	
	12	DEC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
2	09	SEP	40	2
	08	AOUT	41	
0	07	JUL	42	0
	06	JUIN	43	
1	05	MAI	44	1
	04	AVRIL	45	
4	03	MARS	46	4
	02	FEVRIER	47	
	01	JAN	48	
	12	DEC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
2	09	SEP	52	2
	08	AOUT	53	
0	07	JUL	54	0
	06	JUIN	55	
1	05	MAI	56	1
	04	AVRIL	57	
3	03	MARS	58	3
	02	FEVRIER	59	
	01	JAN	60	
	12	DEC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
2	09	SEP	64	2
	08	AOUT	65	
0	07	JUL	66	0
	06	JUIN	67	
1	05	MAI	68	1
	04	AVRIL	69	
2	03	MARS	70	2
	02	FEVRIER	71	
	01	JAN	72	

