

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

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

Nous espérons que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

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

Signature de l'enquêtrice: _____ Date: _____

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Cotonou, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	COTONOU 1 VILLE MOYENNE..... 2 AUTRE VILLE..... 3 RURAL 4 ETRANGER..... 5									
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ 00' ANNÉE.	ANNÉES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> TOUJOURS 95 VISITEUR 96			<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table> →105						
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Cotonou, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	COTONOU 1 VILLE MOYENNE..... 2 AUTRE VILLE..... 3 RURAL 4 ETRANGER..... 5									
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP MOIS 98 ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NSP ANNÉE..... 9998									
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON..... 2	→111								
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR..... 3									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevé avec succès à ce niveau? CODER « 00 » POUR AUCUNE CLASSE/ANNÉE ACHÉVÉE ET « 98 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	
109A	VÉRIFIER 106: AGE DE 24 ANS OU MOINS : <input type="text"/> ↓	AGE DE 25 ANS OU PLUS : <input type="text"/>	→110
109B	Est-ce que vous allez actuellement à l'école ?	OUI 1 NON 2	→110
109C	Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	TOMBEE ENCEINTE 01 S'EST MARIÉE 02 POUR GARDER ENFANTS + JEUNES . 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AU CHAMP/TRAVAIL 04 NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.. 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉ 07 ÉCHEC À L'ÉCOLE 08 N'AIMAIT PLUS L'ÉCOLE..... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN.... 10 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="text"/> ↓ SECONDAIRE <input type="text"/> OU SUPÉRIEUR _____		→114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER: Pouvez-vous lire une partie de la phrase?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT..... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE..... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)? ²	OUI 1 NON..... 2	
113	VÉRIFIER 111: CODES « 2 », « 3 » OU « 4 » ENCERCLÉ : <input type="text"/> ↓	CODE « 1 » EN CERCLÉ : <input type="text"/>	→115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE..... 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 2: REPRODUCTION

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

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

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

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

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI 1 NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>↓ VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES SURVENUES DEPUIS JANVIER 1996 . SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE..... 8	↳229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ..... 1 PLUS TARD..... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né?	OUI 1 NON 2	→237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI 1 NON 2	→237
233A	Dans l'ensemble, combien de grossesses avez-vous eu et qui ne se sont pas terminées par de naissances vivantes ?	NOMBRE DE GROSSESSES <input type="text"/> <input type="text"/>	
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE) INSCRIRE LA REPONSE SELON L'UNITE DECLAREE	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE..... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE .. 995 JAMAIS EU DE RÉGLES 996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	↳301
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu du cycle ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÉGLES ... 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU DU CYCLE..... 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.
ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ ET POSER LA 302 POUR CETTE METHODE. PUIS LIRE LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET POSER LA 302 POUR CETTE METHODE. SI LA METHODE N'EST NI CITÉE SPONTANÉMENT, NI RECONNUE APRES DESCRIPTION, ENCERCLER LE CODE 2 POUR CETTE METHODE ET ALLER A LA METHODE SUIVANTE.

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON 2	→329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→311A
309	VÉRIFIER 226: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON 2	→329
311	Quelles méthodes utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→313 →316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
312	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment ? SI LE PAQUET EST MONTRÉ, NOTER LE NOM DE LA MARQUE	BOITE VUE..... 1 MARQUE _____ <input type="text"/> BOITE NON VUE 2	→312B
312A	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? NOTER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE _____ <input type="text"/> NSP 96	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCLERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCLERCLÉZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	→322 →331 →320A →331 →331 →331
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 13 AGENT DE TERRAIN 14 CENTRE SOCIAL 15 AGENT DE SANTÉ STRAT AV 16 AGENT SANTÉ/RELAJ COMM 17 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE 18 AUTRE PUBLIC 19 (PRÉCISER)	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCLERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ 21 HOPITAL CONFESSIONNEL 22 PHARMACIE 23 ABPF 24 CABINET MEDICAL 25 AGENT DE SANTÉ (ONG) 26 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 27 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ 31 ÉGLISE/MOSQUÉE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCLERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCLERCLÉZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11	→325
322	Vous avez obtenu votre (METHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA METHODE AUX Q.313 OU 320). A ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI 1 NON 2	→325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
325	VÉRIFIER 322: Quand vous avez obtenu (METHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA METHODE AUX Q313 ou 320), vous a-t-on parlé à ce moment-la d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?	OUI 1 NON 2	
326	Un agent de santé ou de planification familiale vous a-t-il déjà parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouvez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE..... 01 STÉRILISATION MASCULINE..... 02 PILULE 03 DIU..... 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM..... 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE..... 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE..... 96	→331 →331 →330A →331
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL 11 CENTRE DE SANTÉ GOUV. 12 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL 13 AGENT DE TERRAIN 14 CENTRE SOCIAL..... 15 AGENT DE SANTÉ STRAT AV..... 16 AGENT SANTÉ/RELAJ COMM 17 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE..... 18 AUTRE PUBLIC _____ 19 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ 21 HOPITAL CONFESSIONNEL 22 PHARMACIE 23 ABPF..... 24 CABINET MEDICAL..... 25 AGENT DE SANTÉ (ONG)..... 26 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 27 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ 31 ÉGLISE/MOSQUÉE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	→331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
330	Quel est cet endroit ?	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL A CENTRE DE SANTÉ GOUV. B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL C AGENT DE TERRAIN..... D CENTRE SOCIAL..... E AGENT DE SANTÉ STRAT AV F AGENT SANTÉ/RELAJ COMM..... G DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE H</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ..... J HOPITAL CONFESSIONNEL..... K PHARMACIE L ABPF..... M M CABINET MEDICAL..... N AGENT DE SANTÉ (ONG)..... O</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ P (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ Q ÉGLISE/MOSQUÉE R PARENTS/AMIS S AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>		
330A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?			
	S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.			
	_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)			
	Aucun autre endroit ?			
	ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE			
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale?	OUI 1 NON 2		
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI 1 NON 2	→ 401	
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI 1 NON 2		

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

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

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																					
407A	Où l'avez-vous consulté?	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT. 21 CENTRE DE SANTÉ (CSP)..... 22 COMPLEXE COMMUNAL DE SANTÉ (CCS)..... 23 UNITÉ VILLAGEOISE (UVS). 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 HÔPITAL CONFESIONNEL 32 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																						
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="text"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="text"/> (PASSER À 412) ↓																						
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang? Vous -a-t-on fait une radiographie ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TAILLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TENSION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>URINE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANG.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIOGRAPHIE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	POIDS.....	1	2	TAILLE.....	1	2	TENSION.....	1	2	URINE.....	1	2	SANG.....	1	2	RADIOGRAPHIE.....	1	2	
	OUI	NON																						
POIDS.....	1	2																						
TAILLE.....	1	2																						
TENSION.....	1	2																						
URINE.....	1	2																						
SANG.....	1	2																						
RADIOGRAPHIE.....	1	2																						
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 415) ← <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8																						
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8																						
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 417) ← <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 8																						

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416A	Combien de semaines avant l'accouchement avez-vous reçu la dernière injection?	MOINS DE DEUX SEMAINES 1 JUSTE DEUX SEMAINES 2 PLUS DE DEUX SEMAINES 3 NE SAIT PAS 8	
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS..... 8	
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de troubles de la vision les soirs (ou cécité crépusculaire)?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 422A) ← NE SAIT PAS..... 8	
422	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUETEE NE CONNAIT PAS LE NOM DU MÉDICAMENT, MONTREZ-LUI QUELQUES EXEMPLES.	FANSIDAR/MALOXINE A CHLOROQUINE/NIVAQUINE B MÉDICAMENT INCONNU C AUTRE X (PRÉCISER)	
422A	Quels autres moyens de protection contre le paludisme connaissez-vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOUSTIQUAIRE A FENÊTRE GRILLAGÉE B INFUSION/DÉCOCTION C AUTRE X (PRÉCISER)	
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 9998

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
442	Au cours des 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, avant que votre lait ne coule régulièrement, (NOM) a-t-il/elle reçu d'autres liquides que votre lait?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 444) ↘	OUI.....1 NON.....2 (PASSER À 444) ↘
443	Quel liquide (NOM) a-t-il/elle reçu avant que votre lait ne coule régulièrement? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUTES LES RÉPONSES CITÉES.	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL).....A EAU.....B EAU SUCRÉE.....C EAU MÉDICAMENTÉE CONTRE LES COLLIQUES.....D SOLUTION EAU SEL SUCRE.....E JUS DE FRUITS.....F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ.....G THÉ/INFUSION.....H MIEL.....I AUTRE.....X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL).....A EAU.....B EAU SUCRÉE.....C EAU MÉDICAMENTÉE CONTRE LES COLLIQUES.....D SOLUTION EAU SEL SUCRE.....E JUS DE FRUITS.....F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ.....G THÉ/INFUSION.....H MIEL.....I AUTRE.....X (PRÉCISER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 446) ←
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER À 448) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER À 448) ← NON.....2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98
447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 450 (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ PASSER À 450 (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE D'UN NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR. <input type="text"/> <input type="text"/>
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
451	Du sucre a-t-il été ajouté aux aliments ou liquides que (NOM) a reçu hier ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu des aliments solides, semi-solides ou des aliments comme de la purée, mais autres que des liquides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1996. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, DERNIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet ou une carte de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON..... 2	OUI 1 (PASSER À 462) ← NON..... 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE/CARNET (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE/CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG... VIT. A ...	JOUR MOIS ANNÉE BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG... VIT. A ...

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER "OUI" SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR A 460) _____ (PASSER À 464) _____ NON2 (PASSER À 464) _____ NE SAIT PAS8	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR A 460) _____ (PASSER À 464) _____ NON2 (PASSER À 464) _____ NE SAIT PAS8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 465A) _____ NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 465A) _____ NE SAIT PAS8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463E) _____ NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463E) _____ NE SAIT PAS8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463G) _____ NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 463G) _____ NE SAIT PAS8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI.....1 NON2 (PASSER À 465A) _____ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES3 (PASSER À 465A) _____ NE SAIT PAS8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 465A) _____ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES3 (PASSER À 465A) _____ NE SAIT PAS8
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE 1 (5,6,7/11/1999)A CAMPAGNE 2 (3,4,5/12/1999)B CAMPAGNE 3 (19,20,21/10/2000) ..C CAMPAGNE 4 (23,24,25/11/2000) ..D	CAMPAGNE 1 (5,6,7/11/1999)..... A CAMPAGNE 2 (3,4,5/12/1999)..... B CAMPAGNE 3 (19,20,21/10/2000). C CAMPAGNE 4 (23,24,25/11/2000). D

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
465A	VÉRIFIER LA REPONSE A LA QUESTION 29 DU QUESTIONNAIRE MENAGE	"OUI" À 29 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 466)	VERIFIER LA PREMIERE COLONNE DE 465A "OUI" À 29 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 466)
465B	Est ce que (NOM) dort habituellement sous moustiquaire?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
465C	Est ce que (NOM) a dormi sous moustiquaire la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
465D	VÉRIFIER LES REPONSES A 465B ET 465C	"OUI" À 465B OU 465C <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 466)	"OUI" À 465B OU 465C <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 466)
465E	Maintenant parlons de la moustiquaire sous laquelle (NOM) dort le plus souvent. Depuis combien de temps la moustiquaire a été achetée ou obtenue? SI MOINS D'UN MOIS NOTER '00' SI PLUS DE 95 MOIS NOTER '95'	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98
465F	La moustiquaire avait-elle été imprégnée ou trempée dans de l'insecticide au moment de l'achat?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS8
465G	Depuis que vous avez obtenu la moustiquaire est-ce que vous l'avez imprégnée ou trempée dans de l'insecticide?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS8
465H	Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière imprégnation de la moustiquaire? SI MOINS D'UN MOIS NOTER '00' SI PLUS DE 95 MOIS NOTER '95'	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98
465I	Quelle est le nom de l'insecticide que vous avez utilisé à la dernière imprégnation de la moustiquaire?	ALAFIA 1 AUTRE _____ 2 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8	ALAFIA 1 AUTRE _____ 2 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
466A	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 467) ← <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
466B	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p> <p>DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>FANSIDAR/MALOXINE A</p> <p>CHLOROQUINE/NIVAQUINE..... B</p> <p>ASPIRINE/AAS..... C</p> <p>AMODIAQUINE/FLAVOQUINE D</p> <p>PARACÉTAMOL..... E</p> <p>QUININE..... F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>FANSIDAR/MALOXINE..... A</p> <p>CHLOROQUINE/NIVAQUINE B</p> <p>ASPIRINE/AAS..... C</p> <p>AMODIAQUINE/FLAVOQUINE D</p> <p>PARACÉTAMOL..... E</p> <p>QUININE..... F</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
466C	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 467) ┘</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(PASSER À 467) ┘</p>
466D	<p>Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOMS DES ETABLISSEMENTS)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>ABPF J</p> <p>CABINET MEDICAL..... K</p> <p>AGENT DE TERRAIN L</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ N</p> <p>ÉGLISE/MOSQUÉE..... O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL P</p> <p>PARENTS/AMIS Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>ABPF J</p> <p>CABINET MEDICAL..... K</p> <p>AGENT DE TERRAIN L</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ N</p> <p>ÉGLISE/MOSQUÉE..... O</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... P</p> <p>PARENTS/AMIS Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
466E	<p>Combien de jours (NOM) a eu la fièvre avant que vous recherchiez des conseils ou traitements ?</p> <p>SI PLUS DE 95 JOURS NOTER '95'</p>	<p>JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....98</p>	<p>JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....98</p>
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 475) ← _____ </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(PASSER À 475) ← _____ </p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	<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>
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 475) ┘</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>(PASSER À 475) ┘</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
471	<p>Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOMS DES ÉTABLISSEMENTS)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL... A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL. C AGENT DE TERRAIN..... D CENTRE SOCIAL..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ..... G HOPITAL CONFESSIONNEL..... H PHARMACIE..... I ABPF..... J CABINET MEDICAL..... K AGENT DE TERRAIN..... L</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ..... N ÉGLISE/MOSQUÉE..... O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL... P PARENTS/AMIS..... Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL. A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIALC AGENT DE TERRAIN..... D CENTRE SOCIAL..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ..... G HOPITAL CONFESSIONNEL..... H PHARMACIE..... I ABPF..... J CABINET MEDICAL..... K AGENT DE TERRAIN..... L</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ..... N ÉGLISE/MOSQUÉE..... O GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. P PARENTS/AMIS..... Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 482A)←----- NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 482A)←----- NE SAIT PAS..... 8</p>
476	<p>Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS..... 4 RIEN À BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS..... 4 RIEN À BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 8</p>
477	<p>Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout?</p> <p>SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS QUE D'HABITUDE..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS QUE D'HABITUDE..... 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS..... 8</p>
477A	<p>VÉRIFIER 445: ENCORE ALLAITÉ?</p>	<p>"OUI" À 445 AUTRE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓</p> <p>(PASSER À 478)</p>	<p>"OUI" À 445 AUTRE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓</p> <p>(PASSER À 478)</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
477B	<p>Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné le sein moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou pas du tout?</p> <p>SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER: Lui avez-vous donné le sein beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS QUE D'HABITUDE 4 PAS DU TOUT 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS QUE D'HABITUDE 4 PAS DU TOUT 5 NE SAIT PAS 8
478	<p>Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?</p> <p>a Un liquide préparé à partir d'un sachet Orasel?</p> <p>b Un liquide maison (Sucre-sel-eau)?</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQU. SACHET ORASEL... 1 2 8 SUCRE-SEL-EAU 1 2 8	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQU. SACHET ORASEL.. 1 2 8 SUCRE-SEL-EAU 1 2 8
479	<p>Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?</p>	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← _____ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← _____ NE SAIT PAS 8
480	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p>	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (I.V.) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (I.V.) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/PLANTES D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
481	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	OUI 1 NON 2 (PASSER À 482A) ↘	OUI 1 NON 2 (PASSER À 482A) ↘
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LES NOMS DES ÉTABLISSEMENTS. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOMS DES ETABLISSEMENTS)</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVERNEMENTAL .. A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL. C AGENT DE TERRAIN..... D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ..... G HOPITAL CONFESIONNEL H PHARMACIE I ABPF J CABINET MEDICAL K AGENT DE TERRAIN..... L AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER) <p>AUTRE SOURCE</p> BOUTIQUE/MARCHÉ..... N ÉGLISE/MOSQUÉE..... O GUERISSEUR TRADITIONNEL... P PARENTS/AMIS Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<p>SECTEUR PUBLIC</p> HÔPITAL GOUVERNEMENTAL. A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER) <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ G HOPITAL CONFESIONNEL H PHARMACIE I ABPF J CABINET MEDICAL K AGENT DE TERRAIN L AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ M (PRÉCISER) <p>AUTRE SOURCE</p> BOUTIQUE..... N ÉGLISE/MOSQUÉE O GUERISSEUR TRADITIONNEL . P PARENTS/AMIS Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
ENREGISTREMENT DES NAISSANCES			
482A	(<i>NOM</i>) a-t-il/elle un certificat de naissance ? puis-je le voir ? SI LE CERTIFICAT EST PRÉSENTÉ, VÉRIFIEZ LA DATE DE NAISSANCE DECLARÉE. SI AUCUN CERTIFICAT DE NAISSANCE N'EST PRÉSENTÉ, ESSAYEZ DE VÉRIFIER LA DATE EN UTILISANT UN AUTRE DOCUMENT (CARNET DE SANTÉ, ETC.). CORRIGEZ L'ÂGE DECLARÉ, SI NECESSAIRE.	OUI, VU 1 (PASSER À 483) ↓ OUI, PAS VU 2 NON 3 NSP 8	OUI, VU 1 (PASSER À 483) ↓ OUI, PAS VU 2 NON 3 NSP 8
482B	SI AUCUN CERTIFICAT DE NAISSANCE N'EST MONTRÉ DEMANDEZ : Est-ce que la naissance de (<i>NOM</i>) a été enregistrée a l'état civil?	OUI 1 (PASSER À 483) ↓ NON 2 NSP 8 (PASSER À 482D) ↓	OUI 1 (PASSER À 483) ↓ NON 2 NSP 8 (PASSER À 482D) ↓
482C	Pourquoi la naissance de (<i>NOM</i>) n'a-t-elle pas été enregistrée a l'état civil?	COÛT TROP ÉLEVÉ 1 ÉLOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT 2 NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE ENREGISTRÉE 3 EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE 4 NE SAIT PAS OU L'ENREGISTRER 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8	COÛT TROP ÉLEVÉ 1 ÉLOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT 2 NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ÊTRE ENREGISTRÉE 3 EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE 4 NE SAIT PAS OU L'ENREGISTRER 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8
482D	Savez-vous comment enregistrer à l'état civil la naissance de votre enfant ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
483		RETOURNER À 456 DANS LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 456: TOUTES LES COLONNES : NOMBRE D'ENFANTS NES VIVANTS DEPUIS JANVIER 1996 ET ENCORE EN VIE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓	AUCUN <input type="checkbox"/>	→487
485	Qu'advient-il généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES .. 02 JETTE A L'EXTERIEUR DU LOGEMENT 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR 04 S'EN DEBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU..... 05 UTILISE COUCHES JETABLES 06 UTILISE COUCHES LAVABLES..... 07 NE S'EN DEBARRASSE PAS..... 08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
486	VÉRIFIER 478A: TOUTES LES COLONNES AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU 478a NON POSEE <input type="checkbox"/> ↓	UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/>	→488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé ORASEL que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON..... 2	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANTS AVEC ELLE <input type="checkbox"/> ↓	N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>	→490
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI..... 1 NON 2 CELA DÉPEND..... 3	
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème? Savoir où aller ? Obtenir la permission d'y aller ? Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement ? Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité ? Devoir prendre un moyen de transport ? Ne pas vouloir s'y rendre seule ? Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin ?	GROS PROBLÈME PETIT PROBLÈME AUCUN PROBLÈME 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels liquides [NOM DE Q.491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM DE Q.491] a-t-il/elle reçu un des liquides suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER, AVANT DE PASSER AU LIQUIDE SUIVANT :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM DE Q.491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides tels que : eau sucrée, bouillie, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels types d'aliments [NOM DE Q.491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM DE Q.491] a-t-il/elle reçu un des aliments suivants, soit séparément ou mélangé à d'autres aliments?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER, AVANT DE PASSER À L'ALIMENT SUIVANT :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM DE Q.491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Tout aliment préparé avec des céréales [par ex: millet, sorgho, maïs, riz, blé, gruau ou autres céréales locales] ?</p> <p>b Potiron, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, cassave, ou autre tubercules/racines locales?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme/purée, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages ou oeufs?</p> <p>h Autres aliments à base de légumineuses [par ex: lentilles, haricots, soja, légumes à gousses ou arachides]?</p> <p>i Fromage ou yaourt?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou du beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>N'A JAMAIS PREPARE DE REPAS.....8</p>	
496	<p>Actuellement chiquez-vous ou consommez-vous du tabac, ou fumez-vous des cigarettes ou du tabac?</p> <p>SI OUI: Que chiquez-vous, que consommez-vous ou que fumez-vous?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p>	<p>OUI, CIGARETTES.....A</p> <p>OUI, PIPE.....B</p> <p>OUI, AUTRE TABAC.....C</p> <p>NON.....Y</p>	<p>} →499</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées?	CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
499	Maintenant, je voudrais vous parler des boissons alcoolisées. Vous est-il déjà arrivé de boire des boissons alcoolisées ?	OUI 1 NON 2	→499E
499B	Au cours des 3 derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées ?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS..... 95	
499C	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI 1 NON 2	→499E
499D	Au cours des 3 derniers mois, combien de jours vous est-il arrivé d'être ivre ?	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS..... 95	
499E	Maintenant, je voudrais vous parler des injections. Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection pour une raison quelconque?	OUI 1 NON 2	→501
499F	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection ?	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> CHAQUE JOUR..... 95	
499 G	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui était la personne qui vous a donné l'injection ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTE 1 PHARMACIEN 2 GUERISSEUR TRADITIONNEL 3 AMI/PARENT 4 ENQUÊTEE ELLE-MEME..... 5 AUTRE 6 (PRÉCISER)	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→510 →514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM _____ No DE LIGNE <input type="text"/>	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2	→510
508	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→510
509	Êtes-vous la première, seconde, femme?	RANG <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS <input type="text"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/> ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	→514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE <input type="text"/>	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez eus)?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE 95	→524
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER EN 'NOMBRE D'ANNÉES' SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS 1 NOMBRE DE SEMAINES 2 NOMBRE DE MOIS 3 NOMBRE D'ANNÉES 4	→524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI 1 NON 2	→517

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8									
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENCERCLER '1' SI "NON", ENCERCLER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)	→519								
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS1 SEMAINES2 MOIS3 ANNÉES4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI1 NON2	→524								
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI1 NON2	→521								
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE À PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8									
521	Quelle est votre relation avec cet homme? SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENCERCLER '1' SI "NON", ENCERCLER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6 AUTRE _____ 7 (PRÉCISER)	→522A								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																
522	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 4 <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><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																	
522A	Mis à part ces deux hommes, avez- vous des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→524																																
522B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, un condom a t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2	→522D																																
522C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE A PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8																																	
522D	Quelle est votre relation avec cet homme? SI "PETIT AMI" OU "FIANCÉ", DEMANDER: Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENCERCLER '1' SI "NON", ENCERCLER '2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1 C'EST MON AMI/FIANCÉ 2 C'EST UN AUTRE AMI 3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4 C'EST UN PARENT 5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) 6 AUTRE 7 (PRÉCISER)	→523																																
522E	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? Ou pendant combien de temps avez-vous eu des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 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><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 4 <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><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																	
523	En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																	
524	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI 1 NON 2	→601																																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>HÔPITAL CONFESSIONNEL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>ABPF J</p> <p>CABINET MEDICAL..... K</p> <p>AGENT DE TERRAIN L</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ M</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE..... N</p> <p>ÉGLISE/MOSQUÉE..... O</p> <p>PARENTS/AMIS P</p> <p>STATION D'ESSENCE Q</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
526	Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/N'EST PAS SÛRE..... 8</p>	
526A	Quelles sont les marques de condom que vous connaissez?	<p>PRUDENCE A</p> <p>SULTAN B</p> <p>AUCUNE MARQUE C</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
526B	<p>VÉRIFIER SI OUI A 516 OU 520 OU 522B DEMANDER</p> <p>Quelles sont les marques de condom que vous avez déjà utilisées?</p>	<p>PRUDENCE A</p> <p>SULTAN B</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→614								
602	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ET INDÉCISE/NE SAIT PAS 4 ENCEINTE ET INDÉCISE/NE SAIT PAS 5	→604 →609 →608 →610								
603	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? INSCRIRE LA DUREE EN MOIS SI MOINS DE 24 MOIS OU MOINS DE DEUX ANS ET EN ANNEES REVOLUES SI 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS. Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? INSCRIRE LA DUREE EN MOIS SI MOINS DE 24 MOIS OU MOINS DE DEUX ANS ET EN ANNEES REVOLUES SI 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS.	MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .. 994 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998									→609
604	VÉRIFIER 226: PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→610								
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→608								
606	VÉRIFIER 603: NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> MOINS DE 24 MOIS <input type="checkbox"/>		→610								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.</p>	<p>NON MARIÉE..... A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS..... C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE..... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE//STÉRILE..... E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM..... F</p> <p>ALLAITEMENT..... G</p> <p>FATALISTE..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ..... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE..... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE..... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES... P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN..... Q</p> <p>TROP CHER..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER..... S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS..... T</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS..... Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT..... 1</p> <p>PETIT PROBLÈME..... 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME..... 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 311/311A : MÉTHODE UTILISÉE ?</p> <p>AUCUN CODE ENCERCLE <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN ENCERCLE <input type="checkbox"/></p>		→614
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	→612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INJECTIONS..... 05</p> <p>IMPLANTS..... 06</p> <p>CONDOM..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE..... 10</p> <p>MAMA..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE..... 12</p> <p>RETRAIT..... 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 98</p>	→614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	NON MARIÉE 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES.. 33 INTERDITS RELIGIEUX 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES. 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN 53 TROP CHER 54 PAS PRATIQUE À UTILISER 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS 56 AUTRE 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→614																								
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
614	VÉRIFIER 216: A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="text"/> N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="text"/> Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN 00 NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	→616 →616																								
615	Parmi ces enfants, combien de garçons souhaiteriez-vous, combien de filles souhaiteriez-vous, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)																									
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 3																									
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale:	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANIMATION CULTURELLE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A L'ÉCOLE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES	1	2	AFFICHE	1	2	PROSPECTUS	1	2	ANIMATION CULTURELLE	1	2	A L'ÉCOLE	1	2	
	OUI	NON																									
RADIO	1	2																									
TÉLÉVISION	1	2																									
JOURNAUX OU MAGAZINES	1	2																									
AFFICHE	1	2																									
PROSPECTUS	1	2																									
ANIMATION CULTURELLE	1	2																									
A L'ÉCOLE	1	2																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
618	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale :	<table> <tr> <td></td> <td>ADMIS- SIBLE</td> <td>IN- ADMIS- SIBLE</td> </tr> <tr> <td>À la radio ?</td> <td>À LA RADIO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À la télévision?</td> <td>À LA TV 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les journaux ou magazines?</td> <td>DANS LES JOURNAUX... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sur des affiches ?</td> <td>SUR DES AFFICHES..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans des prospectus/brochures ?</td> <td>DANS PROSPECTUS..... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?</td> <td>ANIMATION CULT 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A l'école ?</td> <td>A L'ECOLE 1</td> <td>2</td> </tr> </table>		ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE	À la radio ?	À LA RADIO 1	2	À la télévision?	À LA TV 1	2	Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX... 1	2	Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES..... 1	2	Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS..... 1	2	Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2	A l'école ?	A L'ECOLE 1	2	
	ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE																									
À la radio ?	À LA RADIO 1	2																									
À la télévision?	À LA TV 1	2																									
Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX... 1	2																									
Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES..... 1	2																									
Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS..... 1	2																									
Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2																									
A l'école ?	A L'ECOLE 1	2																									
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisin(e)s ou vos parent(e)s?	OUI 1 NON 2	→621																								
620	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.	MARI/PARTENAIRE A MÈRE B PÈRE C SOEUR(S) D FRÈRES(S) E FILLE F FILS G BELLE-MÈRE H BEAU-PERE I AMI(E)S/VOISIN(E)S J AUTRE X (PRÉCISER)																									
621	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUEL- LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→628																								
622	VÉRIFIER 311/311A: AU MOINS UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→624																								
623	Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de planification familiale. Diriez-vous que la décision d'utiliser une méthode vient principalement de vous-même, principalement de votre mari/partenaire, ou avez-vous décidé ensemble ?	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE 1 PRINCIPALEMENT MARI/PARTENAIRE. 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)																									
624	Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8																									
625	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire?	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3																									
626	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>		→628																								
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8																									
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand:	<table> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?</td> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR ... 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Elle a accouché récemment?</td> <td>ACCOUCHE. RÉCENT 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ?</td> <td>AUTRES FEMMES 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?</td> <td>IL A UNE MST 1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?	FATIGUÉE/PAS HUMEUR ... 1	2	8	Elle a accouché récemment?	ACCOUCHE. RÉCENT 1	2	8	Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ?	AUTRES FEMMES 1	2	8	Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST 1	2	8					
	OUI	NON	NSP																								
Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?	FATIGUÉE/PAS HUMEUR ... 1	2	8																								
Elle a accouché récemment?	ACCOUCHE. RÉCENT 1	2	8																								
Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ?	AUTRES FEMMES 1	2	8																								
Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST 1	2	8																								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS.....3	
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature, en argent et en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT3 PAS PAYÉE4	└→718
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE.....2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5	
717	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
718	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes: Vos propres soins de santé? Les achats de choses importantes pour le ménage? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage? Les visites à la famille, aux amis ou parents? Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6 SOINS 1 2 3 4 5 6 CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6 QUOTID. 1 2 3 4 5 6 VISITES 1 2 3 4 5 6 NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ PRÉS./ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS. PAS ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes: Si elle sort sans le lui dire? Si elle néglige les enfants? Si elle discute ses opinions? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui? Si elle brûle la nourriture?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 DISCUTER 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI 1 NON 2	→818
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳809
803	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. A UTILISER DES CONDOMS B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRESEXUELS D ÉVITER SEXE AVEC PROSTITUÉES E ÉVITER SEXE AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRESEXUELS .. F ÉVITER SEXE AVEC HOMOSEXUELS .. G ÉVITER SEXE AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG I ÉVITER INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES .. K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
804	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
811	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI 1 NON 2	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	↳814

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8																									
814	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→815A																								
815	Avez-vous déjà parler des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez)	OUI 1 NON 2																									
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA:	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>ADMIS- SIBLE</th> <th>IN- ADMIS- SIBLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>À la radio ?</td> <td>À LA RADIO 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À la télévision?</td> <td>À LA TV 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les journaux ou magazines?</td> <td>DANS LES JOURNAUX... 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Sur des affiches ?</td> <td>SUR DES AFFICHES 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans des prospectus/brochures ?</td> <td>DANS PROSPECTUS 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?</td> <td>ANIMATION CULT 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A l'école ?</td> <td>À L'ÉCOLE 1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE	À la radio ?	À LA RADIO 1	2	À la télévision?	À LA TV 1	2	Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX... 1	2	Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES 1	2	Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS 1	2	Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2	A l'école ?	À L'ÉCOLE 1	2	
	ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE																									
À la radio ?	À LA RADIO 1	2																									
À la télévision?	À LA TV 1	2																									
Dans les journaux ou magazines?	DANS LES JOURNAUX... 1	2																									
Sur des affiches ?	SUR DES AFFICHES 1	2																									
Dans des prospectus/brochures ?	DANS PROSPECTUS 1	2																									
Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?	ANIMATION CULT 1	2																									
A l'école ?	À L'ÉCOLE 1	2																									
816	Si une personne apprend qu'elle est infectée par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET 1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ 2 NSP/PAS SÛRE 8																									
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND 8																									
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER 1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8																									
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8																									
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2	→817FX																								
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE 8																									
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI 1 NON 2	→818																								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
817F	Où pouvez-vous aller pour ce test?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C PMI/MATERNITÉ..... D CLINIQUE MOBILE..... E AGENT DE TERRAIN..... F	
817FX	Où êtes vous allée pour ce test? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DÉCLARÉ.	AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE..... H PHARMACIE..... I MÉDECIN PRIVÉ..... J AGENT DE TERRAIN..... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) SECTEUR COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTÉ..... M AGENT DE SANTÉ..... N ADBC/MATRONE/ACCOUCHEUSE/ AIDE-SOIGNANTE..... O SECTEUR PARA-PUBLIC CENTRE INFORMATION CONSEIL.... P PNLS..... Q AUTRE _____ R (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHE..... S GUÉRISSEUR TRADITIONNEL..... T ÉGLISE..... U PARENTS/AMIS..... V AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI..... 1 NON..... 2	→901
819	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DÉCLARÉ.	DOULEURS ABDOMINALES..... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE..... B ÉCOULEMENT MALODORANT..... C BRÛLURES URINAIRES..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE..... E GONFLEMENT DE ZONE GÉNITALE..... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL..... G VERRUE GÉNITALE..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I SANG DANS LES URINES..... J PERTE DE POIDS..... K IMPUISSANCE..... L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES..... Y NE SAIT PAS..... Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À															
820	<p>Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DÉCLARÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES..... A</p> <p>ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES... B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURES URINAIRES D</p> <p>ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DE ZONE GÉNITALE..... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUE GÉNITALE..... H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS K</p> <p>DIFFICULTÉ DE DEVENIR ENCEINTE/ D'AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>																
820A	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		→901															
820B	Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
820C	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
820D	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital.</p> <p>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>																
820E	<p>VÉRIFIEZ 820B, 820C, 820D:</p> <p>A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p>		→901															
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→820H															
820G	<p>La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....</p> <p>Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital?</p> <p>Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel?</p> <p>Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie?</p> <p>Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLINIQUE/HÔP.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>GUÉRISSEUR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>BOUTIQUE/PHAR.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AMIS/PARENTS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	CLINIQUE/HÔP.....	1	2	GUÉRISSEUR.....	1	2	BOUTIQUE/PHAR.....	1	2	AMIS/PARENTS.....	1	2	
	OUI	NON																
CLINIQUE/HÔP.....	1	2																
GUÉRISSEUR.....	1	2																
BOUTIQUE/PHAR.....	1	2																
AMIS/PARENTS.....	1	2																
820H	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), en avez vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES 3</p>																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ 3	1 → 901
820J	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous....		
	Arrêté les rapports sexuels?	ARRÊTÉ RAPPORTS 1	OUI NON 2
	Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	UTILISÉ CONDOM..... 1	2
	Pris des médicaments?	PRIS MÉDICAMENTS. 1	2

SECTION 9: EXCISION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision?	OUI 1 NON 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?	OUI 1 NON 2	→ FIN
903	Vous-a-t-on coupé vos organes génitaux externes?	OUI 1 NON 2	→909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous -a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 906
905	Vous-a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par une couture?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT , ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 12 MATRONNE 13 AUTRE TRADITION. 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	Vérifier 214 et 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> ↓ N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/>		→919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique? SI OUI: Combien?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→918
911	Sur laquelle de vos filles a t-on procédé tout <u>récemment</u> à l'excision? _____ (NOM DE LA FILLE) ENQUETRIC: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE	NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE À Q212 <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à
912	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là? A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS 8	→914
913	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS 8	
914	Son vagin a -t-il été fermé par une couture?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS 8	
915	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ? SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES. <input type="text"/> <input type="text"/> DURANT ENFANCE95 NE SAIT PAS 98	
916	Qui a procédé à l'excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRAD11 ACCOUCHEUSE TRAD12 MATRONE..... 13 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISER) PROFESSIONNEL SANTÉ DOCTEUR.....21 INFIRMIÈRE,SAGE-FEMME22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
917	Est-ce qu'il s'est produit au moment ou après qu'on a coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.912) l'un des problèmes suivants Saignements excessifs? Difficultés pour uriner ou rétention d'urine? Gonflement dans la zone génitale ? Infection de la zone génitale? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?	OUI NON NSP SAIGNEMENT EXCESSIF..... 1 2 8 DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE1 2 8 GONFLEMENT1 2 8 INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION..... 1 2 8	→919
918	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS 8	
919	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée? INSISTER: d'autres avantages? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DÉCLARÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE..... A RECONNAISSANCE SOCIALE B MEILLEURE CHANCE MARIAGE C PRÉSERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE . D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F AUTRE X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE Y NE SAIT PAS Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	Aller à								
920	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées?</p> <p>INSISTER: rien d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DÉCLARÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ ... A ÉVITE LA SOUFFRANCE..... B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME..... C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME..... D ACCORD AVEC LA RELIGION E</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE..... Y NE SAIT PAS Z</p>									
921	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES .. 1 PAS D'EFFET 2 NE SAIT PAS 8</p>									
922	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>									
923	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?</p>	<p>MAINTENUE 1 DISPARAITRE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8</p>									
924	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?</p>	<p>CONSERVÉE 1 ABANDONNÉE 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8</p>									
925	<p>ENREGISTRER L'HEURE DE FIN D'INTERVIEW ET REMERCIER VOTRE ENQUETEE POUR SA DISPONIBILITE.</p>	<p>HEURE <table border="1" data-bbox="1214 947 1295 989" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>MINUTES <table border="1" data-bbox="1214 999 1295 1041" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>									

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____