ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE (EDSB-III, 2006)

QUESTIONNAIRE FEMME

République du Bénin

Ministère du Développement de l'Économie et des Finances — Institut National de la Statistique et de l'Analyse Économique

Confidentiel

IDENTIFICATION

DEPARTEMENT _____	DEPARTEMENT . [ ][ ]
COMMUNE _____	COMMUNE . . . . . [ ][ ]
ARRONDISSEMENT : _____	ARROND . . . . . [ ][ ]
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	MILIEU . . . . . [ ]
VILLAGE/QUARTIER : _____	
NUMÉRO DE GRAPPE	GRAPPE . . . [ ][ ][ ]
NUMÉRO DE STRUCTURE	STRUCT . . . [ ][ ][ ]
NUMÉRO DU MENAGE	MENAGE [ ][ ]
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE . . . [ ][ ]
VÉRIFIER LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE : LES QUESTIONS ADDITIONNELLES SUR L'ACTIVITÉ SEXUELLE (Q.542, Q.543) DOIVENT ÊTRE POSÉES AUX HOMMES (1) OU AUX FEMMES (2)	QUESTIONS ADDITIONNELLES [2]

VISITES D'ENQUÊTRICE

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR . . . . . [ ][ ]
				MOIS . . . . . [ ][ ]
				ANNÉE . 2 0 0 6
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQUÊT. [ ][ ][ ]
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	CODE RÉSULTA . . . . . [ ]
PROCHAINE VISITE DATE	_____	_____		NBRE TOTAL DE VISITES . . . . . [ ]
HEURE	_____	_____		

*CODES RÉSULTAT :

1	REMPLI	4	REFUSÉ		
2	PAS À LA MAISON	5	REMPLI PARTIELLEMENT	7	AUTRE _____ (PRÉCISER)
3	DIFFÉRÉ	6	INCAPACITÉ		

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** _____ [ ] LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ [ ] INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) [ ]

**CODES LANGUE :

1	FRANÇAIS	4	FON	7	YORUBA
2	ADJA	5	DENDI	8	AUTRES
3	BARIBA	6	DITAMARI		

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____ [ ][ ]	DATE _____ [ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE . . . . . [ ][ ] MINUTES . . . . . [ ][ ]	
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 grande ville, une ville, en milieu rural ou à l'étranger ? _____ (NOM DE L'ENDROIT) INSCRIRE : ARRONDISSEMENT/COMMUNE	COTONOU . . . . . 1 VILLE MOYENNE . . . . . 2 AUTRE VILLE . . . . . 3 RURAL . . . . . 4 ÉTRANGER 5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES . . . . . [ ][ ] TOUJOURS . . . . . 95 VISITEUR 96	→ 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) INSCRIRE : ARRONDISSEMENT/COMMUNE	COTONOU . . . . . 1 VILLE MOYENNE . . . . . 2 AUTRE VILLE . . . . . 3 RURAL . . . . . 4 ÉTRANGER 5	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NSP MOIS . . . . . 98 ANNÉE . . . . . [1][9][ ][ ] 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 [ ][ ]	
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 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1 . . . . . 2 SECONDAIRE 2 . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 AUTRE 6	
109	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevée avec succès à ce niveau ? CODER "00" POUR AUCUNE CLASSE/ANNEE ACHEVEE ET "98" POUR NE SAIT PAS	CLASSE/ ANNEE . . . . . [ ][ ]	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109A	VÉRIFIER 106 : AGEE DE 24 ANS OU MOINS ↓ / AGEE DE 25 ANS OU PLUS →		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 MARIEE . . . . . 02 POUR GARDER ENFANTS+JEUNES .. 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AU CHAMPS/TRAVAIL ..... 04 NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.. 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ..... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISE ..... 07 ECHEC A L'ECOLE ..... 08 N'AIMAIT PLUS L'ECOLE ..... 09 ECOLE INACCESSIBLE/ TROP LOIN ..... 10 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
110	VÉRIFIER 108 : LE NIVEAU D'ETUDES DE L'ENQUETEE PRIMAIRE ↓ / SECONDAIRE 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 UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT . . . . . 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIE . . . . . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE . . . . . 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE . . . . . 4 AVEUGLE 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 113
112A	Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ? INSISTER : Aucun autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ADJA .... A BARIBA . . . . . B FON . . . . . C DENDI . . . . . D DITAMARI ..... E YORUBA . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER LANGUE)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
113	VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3', '4' ENCERCLÉ ☐ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ ☐		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE . 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . . . 3 PAS DU TOUT 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous?	NOMBRE DE VOYAGES . . . . ☐☐ AUCUN 00	→ 119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté de façon continue pendant plus d'un mois?	OUI . . . . . 1 NON 2	
119	Quelle religion pratiquez-vous ?	VODOUN . . . . . 11 AUTRES TRADITIONNELLES 12 ISLAM..... 21 CATHOLIQUE ..... 31 PROTESTANT METHODISTE..... 41 AUTRES PROTESTANTS ..... 42 CELESTES..... 51 AUTRES CHRETIENS ..... 52 AUTRES RELIGIONS..... 61 AUCUNE 71	
120	Quelle est votre nationalité ?	BENINOISE ..... 1 AUTRE _____ 2 (A PRÉCISER)	→ 201
121	Quelle est votre ethnie ?	ADJA ET APPARENTES ..... 11 BARIBA ET APPARENTES ..... 21 DENDI ET APPARENTES ..... 31 FON ET APPARENTEES ..... 41 YOA ET LOKPA ET APPARENTES .... 51 BETAMARIBE ET APPARENTES ..... 61 PEULH ET APPARENTES ..... 71 YORUBA ET APPARENTES ..... 81 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON . . . . . [ ][ ] FILLES À LA MAISON . . . . . [ ][ ]	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS . . . . . [ ][ ] FILLES AILLEURS . . . . . [ ][ ]	
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 Tout enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS . . . . . [ ][ ] FILLES DÉCÉDÉES . . . . . [ ][ ]	
208	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL . . . . . [ ][ ]	
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 [ ] ↓ NON [ ] → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 : UNE NAISSANCE OU PLUS [ ] ↓ AUCUNE [ ] →		226

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

212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 (NOM) est-il/elle une nais-sance simple ou multiple ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : 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 ANNEE.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAIS-SANCE PRÉCÉ-DENTE) et (NOM) ?
01	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	
02	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
03	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS ANNÉE	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2

212 Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	213 (NOM) est-il/elle une nais-sance simple ou multiple ?	214 (NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	215 En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	216 (NOM) est-il/elle toujours en vie ?	217 SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	218 SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ?	219 SI EN VIE : NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	220 SI DÉCÉDÉ : 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 ANNEE.	221 Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAIS-SANCE PRÉCÉ-DENTE) et (NOM) ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	OUI 1 NON 2
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS [ ][ ] ANNÉE [ ][ ][ ][ ]	OUI 1 NON 2 → 220	ÂGE EN ANNÉES [ ][ ]	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE [ ][ ] → (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 [ ][ ]	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 COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :

NOMBRES SONT ÉGAUX [ ] ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS [ ] → (INSISTER ET CORRIGER)

VÉRIFIER :

POUR CHAQUE NAISSSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. [ ]

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. [ ]

POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. [ ]

POUR L'ÄGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. [ ]

224 VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. [ ]

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2001, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.		
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. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
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'enfants</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 provoqué ou un mort-né ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2001 OU PLUS TARD [ ] ↓ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2001 [ ] → 237		
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS . . . . . [ ][ ]	
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 qui ne sont pas terminées par de naissances vivantes ?	NOMBRE DE GROSSESSES.. [ ][ ]	
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2001. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2001 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2001 ?	MOIS . . . . . [ ][ ] ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ]	

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

SECTION 3. 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. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants	OUI . . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . . 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants	OUI . . . . . 1 NON 2	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI . . . . . 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur de l'utérus	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un caoutchouc dans leur vagin avant les rapports sexuels	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un ovule comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avan les rapports sexuels.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
11a	COLLIER Une méthode qui consiste à déplacer l'anneau chaque jour d'une perle à l'autre, ceci à compter du 1er jour des règles (perle rouge)	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 OUI . . . . . 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302 : PAS UN SEUL "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE) ↓ AU MOINS UN "OUI" (A DEJA UTILISE) →		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 en ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS . . . . . [ ][ ]	
308	VÉRIFIER 302 : FEMME NON STÉRILISÉE ☐ ↓ FEMME STÉRILISÉE ☐		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ↓ ENCEINTE ☐		→ 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 311A	Quelle méthode utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE METHODE MENTIONNEE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT A LA PREMIERE METHODE DE LA LISTE.	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 PÉRIODIQU . . . . . L RETRAIT . . . . . M COLLIER ..... N AUTRE _____ X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A
312	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ?	GRATUITE . . . . . 01 COÛT/MOINS CHER ..... 02 PLUS DISPONIBLE . . . . . 03 M'A ÉTÉ PRESCRITE ..... 04 PLUS EFFICACE . . . . . 05 PAS EFFETS SECONDAIRES . . . . . 06 ÇA ME CONVIENT . . . . . 07 SEULE METHODE CONNU . . . . . 08 MÉTHODE RÉVERSIBLE . . . . . 09 M'A ÉTÉ CONSEILLÉE . . . . . 10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
312A	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ? SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT	HARMONIE ..... 01 DUOFEM ..... 02 MICROGYNON ..... 03 EUGYNON . . . . . 04 LO-FEMENAL ..... 05 CONFIANCE ..... 06 MINIDRIL ..... 07 STEDIRIL ..... 08 AUTRE _____ 96 (PRECISER) BOITE NON VUE 98	→ 312C

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312B	Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?	HARMONIE ..... 01 DUOFEM ..... 02 MICROGYNON ..... 03 EUGYNON ..... 04 LO-FEMENAL ..... 05 CONFIANCE ..... 06 MINIDRIL ..... 07 STEDIRIL ..... 08 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP 98	
312C	Combien vous coûte une boîte (cycle) des pilules ? **DEMANDER Á L'ENQUÊTÉ S'IL S'AGIT D'UNE BOÎTE D'UN CYCLE OU DE TROIS CYCLES ET INCRIRE LE COUT CORRESPONDANT**	COÛT 1 CYCLE . 1 [ ][ ][ ][ ] COÛT 3 CYCLES . 2 GRATUIT ..... 9996 NSP 9998	→ 316A
313	Où a eu lieu la stérilisation ? 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) SI LES CODES "A" ET "B" SONT ENCERCLES A 311, POSER 313-316 SUR LA STERILISATION FEMININE SEULEMENT	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. .... 12 CENTRE DE PF ..... 13 CENTRE SOCIAL ..... 14 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ... 21 HOPITAL CONFESS ..... 22 ABPF ..... 24 CABINET MEDICAL ..... 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL_____ 27 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
314	VÉRIFIER 311 : CODE 'A' ENCERCLÉ → Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ? CODE 'A' NON ENCERCLÉ → Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP 8	
316 316A	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ? Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1ère MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS ..... [ ][ ] ANNÉE ..... [ ][ ][ ][ ]	
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 : IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINEÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNEÉ DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI → NON →	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
317	VÉRIFIER 316/316A : L'ANNÉE EST 2001 OU PLUS TARD ☐ ↓ L'ANNÉE EST 2000 OU AVANT ☐ → 327		
319	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE . . . . . 01 STÉRILISATION MASCULINE . . . . . 02 PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 CONTINENCE PÉRIODIQU . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 COLLIER . . . . . 14 AUTRE MÉTHODE 96	→ 322 → 331 → 320A → 329 → 329 → 329
320 320A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ? 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 ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. . . . . 11 CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . 12 CENTRE DE PF ... 13 AGENT DE TERRAIN . . . . . 14 CENTRE SOCIAL . . . . . 15 AGENT DE SANTE STRAT AV .... 16 AGENT DE SANTE/RELAI COMM . . . 17 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18 AUTRE PUBLIC 19 _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ..... 21 HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . 22 PHARMACIE . . . . . 23 ABPF .... 24 CABINET MEDICAL . . . . . 25 AGENT SANTÉ (ONG) ..... 26 AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... 31 ÉGLISE/MOSQUEE ..... 32 PARENTS/AMIS . . . . . 33 BAR/BUVETTE ..... 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NSP 98	 → 328
321	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	PILULE . . . . . 03 DIU . . . . . 04 INJECTIONS . . . . . 05 IMPLANTS . . . . . 06 CONDOM . . . . . 07 CONDOM FÉMININ . . . . . 08 DIAPHRAGME . . . . . 09 MOUSSE/GELÉE . . . . . 10 MAMA . . . . . 11 COLLIER 12	 → 328 → 325 → 325 → 325 → 325 → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 324

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
323	Avez-vous jamais été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
325	VÉRIFIER 322 : CODE '1' ENCERCLÉ → À ce moment-là, vous-a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? CODE '1' NON ENCERCLÉ → Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 327
326	Vous a-t-il jamais été dit par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale que vous pouviez utiliser d'autres méthodes de contraception ?	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 PÉRIODIQU . . . . . 12 RETRAIT . . . . . 13 COLLIER . . . . . 14 AUTRE MÉTHODE 96	→ 331 → 331 → 330A → 329 → 329 → 329
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 GOUV. . . . . 11 CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . 12 CENTRE DE PF ... 13 AGENT DE TERRAIN . . . . . 14 CENTRE SOCIAL . . . . . 15 AGENT DE SANTE STRAT AV .... 16 AGENT DE SANTE/RELAI COMM . . . 17 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . 18 AUTRE PUBLIC 19 _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ..... 21 HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . 22 PHARMACIE . . . . . 23 ABPF . . . . . 24 CABINET MEDICAL . . . . . 25 AGENT SANTÉ (ONG) ..... 26 AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... 31 ÉGLISE/MOSQUEE ..... 32 PARENTS/AMIS . . . . . 33 BAR/BUVETTE ..... 34 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 331
330 330A	Quel est cet endroit ? Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ? 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) Aucun autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C AGENT DE TERRAIN . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . E AGENT DE SANTE STRAT AV . . . F AGENT DE SANTE/RELAI COMM . . . G DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE .. . H AUTRE PUBLIC I _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE J HOPITAL CONFESSIONNE . . . . . K PHARMACIE . . . . . L ABPF . . . . . M CABINET MEDICAL . . . . . N AGENT SANTÉ (ONG) ..... O AUTRE MEDICAL PRIVÉ P _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... Q ÉGLISE/MOSQUEE ..... R PARENTS/AMIS . . . . . S BAR/BUVETTE ..... T AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
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 centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 → 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI . . . . . 1 NON 2	

401	VÉRIFIER 224 :	UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD ☐	PAS DE NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD ☐ → 487	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER L'AVANT DERNIÈRE COLONNE 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 ☐☐	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE ☐☐	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ☐☐
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐	NOM _____ VIVANT ☐ MORT ☐
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout ?	À CE MOMENT . . . . . 1 (PASSER À 407) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS . . . 3 (PASSER À 407)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423)	À CE MOMENT . . . 1 (PASSER À 423) PLUS TARD . . . . . 2 NE VOULAIT PLUS 3 (PASSER À 423)
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS . . . . . 1 ☐☐ ANNÉES . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 998	MOIS ..... 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS 998	MOIS . 1 ☐☐ ANNÉES . 2 ☐☐ NE SAIT PAS . . . 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? **(2)** SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	**PROFS DE LA SANTÉ** MÉDECIN . . . . . A INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME . . . B AIDE SOIGNANTE/ ASSISTANCE ACCOUCHEUSE . . . C **AUTRE PERSONNE** ACCOUCHEUSE TRAD. . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y (PASSER À 415)		
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS . . . 98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		
410	VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS ☐ (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP ☐	
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au mkoins une fois? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un peu d'urine? Avez-vous été palpée à l'abdomen? Vous a-t-on prélevé du sang ? Vous-a-t-on fait une Echographie? Vous-a-t-on donné des conseils nutritionnels?	OUI NON POIDS .... 1 2 TAILLE .... 1 2 TENSION .... 1 2 URINE .... 1 2 PALPATION .... 1 2 SANG .... 1 2 ECHOGRAPH .... 1 2 CONSEILS NU 1 2		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS 8		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions/ attaque après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 416A) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NBRE DE FOI .... [ ] → 417 NE SAIT PAS 8		
416A	A n'importe quel moment avant cette grossesse, avez-vous reçu une injection contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
416B	Combien d'injections contre le tétanos avez-vous reçues avant cette grossesse ? INSISTER POUR AVOIR UNE RÉPONSE	NBRE D'INJECT .. [ ][ ] NE SAIT PAS ..... 98 (PASSER A 417) ←		
416C	A quand remonte la dernière injection? SI MOINS D'1 AN, METTRE 00	NBRE D'ANNEES [ ][ ] NE SAIT PAS 98		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer, ou des ampoules contenant du fer ? MONTRER COMPRIMÉS/AMPOULES	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 ampoules ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NO. DE JOURS [ ][ ][ ] NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL]?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 422I) ← NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDIQUES TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.(FANSIDAR NOTAM.)	FANSIDAR/SP . . . . . A CHLORO./NIVAQUINE . . . B QUININE . . . . . C MÉDICAMENT INCONNU . . . . . Z AUTRE_____ X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "A" NON-ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 422F)		
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR pendant cette grossesse ?	NBRE DE FOIS ... ☐☐		
422C	VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "A" NON-ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 422F)		
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE . . . . . 1 AUTRE VISITE . . . . . 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER)		
422E	Avez-vous pris deux fois 3 comprimés de FANSIDAR à 1 mois d'intervalle pendant cette grossesse? INSISTER SUR DEUX FOIS et 1 MOIS D'INTERVALLE. IMPORTANT DE MONTRER LE FANSIDAR	OUI, DEVANT AGT DE SANTÉ 1 OUI, À LA MAISON . . . . . 2 AUTRE _____ 3 (PRECISER) NON . . . . . 4 NSP 8		
422F	VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME (CHLOROQUINE / NIVAQUINE)	CODE "B" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "B" NON ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 422I)		
422G	Avez-vous commencé par prendre 15 comprimés de chloroquine/nivaquine en 3 jours?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER A 422I) ↲		
422H	Avez-vous ensuite pris trois comprimés de chloroquine/ nivaquine par semaine jusqu'à l'accouchement ?	OUI . . . . . 1 NON 2		
422I	Durant cette grossesse, dormiez-vous sous une moustiquaire toutes les nuits, la plupart des nuit, rarement ou jamais?	TOUTES LES NUITS . . . . . 1 LA PLUPART DES NUITS . . . 2 RAREMENT . . . . . 3 JAMAIS . . . . . 4 (PASSER A 422K) ↲		
422J	Durant cette grossesse, dormiez-vous sous moustiquaire imprégnée d'insecticide?	OU . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
422K	Quels autres moyens de protection contre le paludisme connaissez-vous?	FENETRE GRILLAGÉE . . . A INFUSION/DÉCOCTIO . . . B MOSQUITO (SERPENT.) . C BOMBE INSTECTICID . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
423	Quand (NOM) est née, était-il/elle : Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRES GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . . . 4 TRES PETIT . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	TRES GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . . . 4 TRES PETIT . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	TRES GROS . . . . . 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . . . . . 2 MOYEN . . . . . 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . . . . . 4 TRES 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	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 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 [ ][ ][ ][ ] GRAMMES DE MÉMOIRE 2 [ ][ ][ ][ ] NE SAIT PAS 99998
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER: Est-ce qu'une personne adulte était présente à l'accouchement? SI OUI DEMANDER: Qui était présent?	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . A SAGE-FEMME/ INFIRMIÈRE . . . . . B AIDE SOIGNANTE . . . . C **AUTRE PERSONNE** MATRONE . . . . . D ACCOUCHEUSE TRAD. . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . A SAGE-FEMME/ INFIRMIÈRE . . . . . B AIDE SOIGNANTE . . . . C **AUTRE PERSONNE** MATRONE . . . . . D ACCOUCHEUSE TRAD. . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y	**PROFESSIONNEL DE SANTÉ** MÉDECIN . . . . . A SAGE-FEMME/ INFIRMIÈRE . . . . . B AIDE SOIGNANTE . . . . C **AUTRE PERSONNE** MATRONE . . . . . D ACCOUCHEUSE TRAD. . . . . E PARENTE/AMIE . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE . . . . . Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM) ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . . . . . 11 (PASSER À 429) AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVER. . . . . 21 CENTRE DE SANTE . . . . . 22 MATERNITE ISOLEE . . . . . 23 UNITE VILLAGEOISE . . . . . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31 HOPITAL CONFESSIONNEL . . . 32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . 11 (PASSER À 435) AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVER. . . . 21 CENTRE DE SANTE . . . 22 MATERNITE ISOLEE . . . 23 UNITE VILLAGEOISE . . . . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31 HOPITAL CONFESSIONNEL 32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 435)	DOMICILE VOTRE DOMICILE . 11 (PASSER À 435) AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVER. . . . 21 CENTRE DE SANTE . . . 22 MATERNITE ISOLEE . . . 23 UNITE VILLAGEOISE . . . . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31 HOPITAL CONFESSIONNEL 32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 435)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
427A	Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans l'établissement? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES . . . . 1 [ ][ ] JOURS . . . . . 2 [ ][ ] SEMAINES . . . . 3 [ ][ ] NE SAIT PAS 998	HEURES 1 [ ][ ] JOURS 2 [ ][ ] SEMAINES 3 [ ][ ] NE SAIT PAS 998	HEURES 1 [ ][ ] JOURS 2 [ ][ ] SEMAINES 3 [ ][ ] NE SAIT PAS . . . 998
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 435) ← NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 435) ← NON 2
428A	Avant de quitter l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un membre du personnel médical vous a examinée?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 433) ← NON 2		
428B	Après avoir quitté l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un membre du personnel médical, une accoucheuse traditionnelle ou aide soigante vous a examinée ?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 430) ← NON . . . . . 2 (PASSER À 433) ←		
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un membre du personnel médical, une accoucheuse traditionnelle ou aide soigante vous a examinée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 433) ←		
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ? ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. . . 1 [ ][ ] SEMAINES APRÈS ACC. . . 2 [ ][ ] NE SAIT PAS 998		
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	**PROFS DE LA SANTÉ** MÉDECIN . . . . . 11 SAGE-FEMME/ INFIRMIÈRE . . . . . 12 AIDE SOIGNANTE . . . . . 13 **AUTRE PERSONNE** MATRONE . . . . . 21 ACCOUCHEUSE TRAD. . . . . 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) PERSONNE 95		
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	**DOMICILE** VOTRE DOMICILE . . . . . 11 AUTRE DOMICILE . . . . . 12 **SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUVER. . . . . 21 CENTRE DE SANTE . . . . . 22 MATERNITE ISOLEE . . . . . 23 UNITE VILLAGEOISE . . . . . 24 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31 HOPITAL CONFESSIONNEL 32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ? MONTRER LA CAPSULE BLEUE / ROUGE	OUI . . . . . 1 NON 2		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON 2		
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 439)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 439)
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON EN-CEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE (PASSER À 439)		
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 440)		
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OU . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 447)
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]	IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 [ ][ ] JOURS . . . 2 [ ][ ]
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel?	OU . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 444)
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ? Quelque chose d'autre ? NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . . . . . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSE . . . . . C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . . . . . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/INFUSIONS . . . . . H MIEL . . . . . I LAIT AUTRE NOURRICE . . . . J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSI . . . . . C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT . . . . . F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/INFUSIONS . . . . . H MIEL . . . . . I LAIT AUTRE NOURRICE J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU . . . . . B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE . . . . . E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ . . . . . G THÉ/INFUSIONS . . . . . H MIEL . . . . . I LAIT AUTRE NOURRICE J AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
444	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 446)	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 446)	EN VIE ☐ DÉCÉDÉ ☐ (PASSER À 446)
445	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OU . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 448) NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS . . . . . ☐☐ NE SAIT PAS . . . 98
447	VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	EN VIE ☐ (PASSER À 449A) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 404, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 404, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)	EN VIE ☐ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ ☐ (RETOURNER À 404, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUEST. 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 .... ☐☐		
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR . . . ☐☐		
449A	Savez-vous qu'une mère peut ne pas avoir suffisamment de lait maternel pour nourrir son bébé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 450)		
449B	Savez-vous comment éviter d'avoir ce problème?	OUI . . . . . 1 NON 2		
449C	Avez-vous vécu ce problème avec (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 450)		
449D	Si oui, avez-vous fait appel à une nourrice, au lait artificiel ou avez-vous utiliser une méthode pour sortir le lait maternel afin de nourrir (NOM)?	APPEL À NOURRICE 1 LAIT ARTIFICIEL 2 METHODE POUR SORTIR 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)		
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	NOMBRE DE FOIS . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8
453		RETOURNER À 404 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 404 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 404 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER L'AVANT DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . [ ][ ]
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____ VIVANT [ ] DÉCÉDÉ [ ] → (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LA CAPSULE/ BLEUE OU ROUGE.	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
458	Avez-vous un carnet de santé où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE CARNET 3	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE CARNET 3	OUI, VU . . . . . 1 (PASSER À 460) OUI, PAS VU . . . . . 2 (PASSER À 462) PAS DE CARNET 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet de santé pour (NOM) ?	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2	OUI . . . . . 1 (PASSER À 462) NON 2

460 (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.
(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.

	JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (à la naissance)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTC 1				D1				D1			
DTC 2				D2				D2			
DTC 3				D3				D3			
HepB 1				He 1				He 1			
HepB 2				He 2				He 2			
HepB 3				He 3				He 3			
Hib 1				Hi 1				Hi 1			
Hib 2				Hi 2				Hi 2			
Hib 3				Hi 3				Hi 3			
ROUGEOLE				ROU				ROU			
FIEVRE JAUNE				F.J.				F.J.			
VITAMINE A (la plus récente)				VIT A				VIT A			

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTC 1-3, HepB1-3 OU (DTCHB1-3), ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale (journée) de vaccination ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plait, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants			
463A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche faite à la naissance qui laisse, généralement une cicatrice ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÉS LA NAISSANCE . . . . . 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÉS LA NAISSANCE . . . . . 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÉS LA NAISSANCE . . . . . 1 PLUS TARD 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]
463E	Le vaccin du DTC, c'est-à-dire une injection faite en haut du bras gauche, quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]
463G	Une injection contre la rougeole faite en haut du bras droit ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune faite à la face antérieure de la cuisse droite ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
463I	Le vaccin de l'Hépatite B, c'est-à-dire une injection faite en haut du bras du bras gauche quelquefois en même temps que les injections de DTC ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS 8
463J	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]	NOMBRE DE FOIS . . . . . [ ]
464	Est-ce que (NOM) a reçu certains de ces vaccins au cours des deux dernières années à l'occasion des campagnes (journées) nationales de vaccination ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 465A) NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccins ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. Au cours de quelle autre campagne?	**POLIO** FEV.2004 ..... A MAR.2004 ..... B OCT.2004 ..... C NOV.2004 ..... D FEV.2005 ..... E AVR.2005 ..... F NOV.2005 ..... G DEC.2005 ..... H MAI.2006 ..... I JUIN.2006 ..... J **ROUGEOLE** DEC.2005 ..... k	**POLIO** FEV.2004 ..... A MAR.2004 ..... B OCT.2004 ..... C NOV.2004 ..... D FEV.2005 ..... E AVR.2005 ..... F NOV.2005 ..... G DEC.2005 ..... H MAI.2006 ..... I JUIN.2006 ..... J **ROUGEOLE** DEC.2005 ..... k	**POLIO** FEV.2004 ..... A MAR.2004 ..... B OCT.2004 ..... C NOV.2004 ..... D FEV.2005 ..... E AVR.2005 ..... F NOV.2005 ..... G DEC.2005 ..... H MAI.2006 ..... I JUIN.2006 ..... J **ROUGEOLE** DEC.2005 ..... k
465A	VÉRIFIER LA REPONSE A LA QUESTION 29 DU QUESTIONNAIRE MENAGE	"OUI" À 29 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 466)	"OUI" À 29 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 466)	"OUI" À 29 ☐ AUTRE ☐ (PASSER À 466)
465B	Est-ce que (NOM) dort habituellement sous moustiquaire?	OUI ..... 1 NON 2	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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ... 8
465D	VÉRIFIER LES REPONSES : 465B ET 465C	"OUI" À 465B ☐ OU 465C AUTRE ☐ (PASSER À 466)	"OUI" À 465B ☐ OU 465C AUTRE ☐ (PASSER À 466)	"OUI" À 465B ☐ OU 465C AUTRE ☐ (PASSER À 466)
465E	Maintenant parlons de la moustiquaire sous laquelle (NOM) dort le plus souvent? Depuis combien de temps la moustiquaire a été achétée ou obtenue ? SI MOINS D'UN MOIS NOTER'00' SI PLUS DE 95 MOIS NOTER'95'	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98
465F	La moustiquaire avait-elle été imprégnée ou trempée dans dans de l'insecticide au moment de l'achat?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
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) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS 8
465H	Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière impregnation de la moustiquaire ?	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98	MOIS ..... ☐☐ NE SAIT PAS 98
465I	Quelle est le nom de l'insecticide que vous avez utilisé à la dernière imprègnation de la moustiquaire ?	Alafia ..... 1 K-Otab ..... 2 K-Othrine ..... 3 Autre_____ 4 (PRECISER) Ne sait pas 8	Alafia ..... 1 K-Otab ..... 2 K-Othrine ..... 3 Autre_____ 4 (PRECISER) Ne sait pas 8	Alafia ..... 1 K-Otab ..... 2 K-Othrine ..... 3 Autre_____ 4 (PRECISER) Ne sait pas 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
465J	L'imprègnation a-telle été faite par vous-même, dans un centre de santé ou par une ONG ?	VOUS-MÊME ..... 1 CENTRE DE SANTE ... 2 ONG ..... 3 AUTRE_____ 4 (PRECISER)	VOUS-MÊME ..... 1 CENTRE DE SANTE ... 2 ONG ..... 3 AUTRE_____ 4 (PRECISER)	VOUS-MÊME ..... 1 CENTRE DE SANTE ... 2 ONG ..... 3 AUTRE_____ 4 (PRECISER)
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait il/elle une respiration plus bruyante, rapide et difficile que d'habitude ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 OU 467 ☐ → (PASSER À 475) AUTRE ☐ → (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ → (PASSER À 475) AUTRE ☐ → (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 467 ☐ → (PASSER À 475) AUTRE ☐ → (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472)
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT) _____ (NOM DE L'ENDROIT) _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANTS ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANTS ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANTS ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	"OUI" À 466 ☐ → (PASSER À 475) "NON"/"NSP" À 466 ☐ → (PASSER À 475)	"OUI" À 466 ☐ → (PASSER À 475) "NON"/"NSP" À 466 ☐ → (PASSER À 475)	"OUI" À 466 ☐ → (PASSER À 475) "NON"/"NSP" À 466 ☐ → (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions/attaques à un moment quelconque dans les deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU 472B AUTRE (PASSER À 475)
473	Est-ce-que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 474R) NE SAIT PAS 8
474	Quel(s) médicament(s) (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. Autre médicament ? DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUETÉE	FANSIDAR/SP ..... A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ..... E HALFAN ..... F ARINATE / ARTHEMUS ..... G ASPIRINE/AAS ..... H PANADOL/PARA. ... I IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN J INFUSION/ DECOCTION ..... K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	FANSIDAR/SP ..... A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ..... E HALFAN ..... F ARINATE / ARTHEMUS ..... G ASPIRINE/AAS ..... H PANADOL/PARA. ... I IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN J INFUSION/ DECOCTION ..... K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	FANSIDAR/SP ..... A CHLOR./NIVAQUINE B AMODIAQUINE/ FLAVOQUINE . . . C QUININE/QUINIMAX D COARTEM ..... E HALFAN ..... F ARINATE / ARTHEMUS ..... G ASPIRINE/AAS ..... H PANADOL/PARA. ... I IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN J INFUSION/ DECOCTION ..... K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter la fièvre/les convulsions/ les attaques ?	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	INJECTION . . . . . A SUPPOSITOIRE . . . B AUCUN . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ CODE "A" PAS ENCERCLÉ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions/les attaques, (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar ?	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	PRISE UNIQUE ..... 0 JOURS . . . . . . NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE ..... 0 JOURS . . . . . . NE SAIT PAS 8	PRISE UNIQUE ..... 0 JOURS . . . . . . NE SAIT PAS 8

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

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474N	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "D" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ ☐ ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions/attaques, (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR . . . . . 1 LE JOUR SUIVANT . . . 2 DEUX JOURS APRES . . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE . . 4 NE SAIT PAS 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8	JOURS . . . . . ☐ NSP 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON . . . . . 1 AUTRE SOURCE . 2 NE SAIT PAS 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour traiter la fièvre/les convulsions/attaques de (NOM) ?	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . C AUTRE_____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . C AUTRE_____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES . . . . . B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES . . . C AUTRE_____ X (PRÉCISER)
475	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ← NE SAIT PAS 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'`habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ NOURRITURE . 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS 8
477A	VÉRIFIER 445 : ENCORE ALLAITE ?	"OUI" A 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ NON À 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 478)	"OUI" A 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ NON À 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 478)	"OUI" A 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ NON À 445 ENCERCLÉ ☐ ↓ (PASSER À 478)
477B	Quand (NOM) a eu la diarrhée, Lui avez-vous offert du lait materne moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert du lait maternel beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 RIEN Á BOIRE . . . . . 5 NE SAIT PAS 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8
480	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP . . . . . A INJECTION . . . . . B PERFUSION ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP . . . . . A INJECTION . . . . . B PERFUSION ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP . . . . . A INJECTION . . . . . B PERFUSION ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES . . . . . D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ←	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ←	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 482A) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ENDROIT) Quelque part ailleurs ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANT ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANT ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV. ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. B CENTRE DE PF ..... C AGENT DE TERRAIN D CENTRE SOCIAL E AUTRE PUBLIC F _____ (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE G HOPITAL CONFESSIONNEL H PHARMACIE ..... I ABPF ..... J CABINET MEDICAL K AGENT SANTÉ (ONG) ..... L AUTRE MEDICAL PRIVÉ ... M _____ (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE ..... N ÉGLISE/MOSQUEE ..... O GUERISSEUR TRADITIONNNEL..... P PARENTS/AMIS ..... Q AMBULANT ..... R AUTRE _____ X (PRÉCISER)

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES		
482A	(NOM)a-t-il/elle un acte de naissance? Puis-je le voir? SI L'ACTE DE NAISSANCE EST PRESENTÉ, VERIFIER LA DATE DE NAISSANCE DECLARÉE SI AUCUN ACTE DE NAISSANCE N'EST PRESENTÉ, ESSAYER DE VERIFIER LA DATE EN UTILISANT UN AUTRE DOCUMENT (CARNET DE SANTE, ETC.) CORRIGER L'AGE DECLARE, 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	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 483) OUI, PAS VU ... 2 NON ..... 3 NSP 8
482B	SI AUCUN ACTE DE NAISSANCE N'EST MONTRE DEMANDEZ: Est-ce que la naissance de (NOM) a été enregisté à l'etat civil?	OUI..... 1 (PASSER À 483) NON..... 2 NSP 8 482D	OUI..... 1 (PASSER À 483) NON..... 2 NSP 8 482D	OUI..... 1 (PASSER À 483) NON..... 2 NSP 8 482D
482C	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a-t-elle pas été enregistrée à l'état civil?	COUT TROP ELEVE.... 1 ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT.... 2 NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE ENREGISTREE..... 3 EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE..... 4 NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER..... 5 AUTRE_____ 6 (PRECISER) NSP..... 8	COUT TROP ELEVE.... 1 ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT.... 2 NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE ENREGISTREE..... 3 EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE..... 4 NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER..... 5 AUTRE_____ 6 (PRECISER) NSP..... 8	COUT TROP ELEVE.... 1 ELOIGNEMENT CENTRE ENREGISTREMENT.... 2 NE SAVAIT PAS QU'ELLE DEVRAIT ETRE ENREGISTREE..... 3 EN RETARD ET NE VOULAIT PAS PAYER AMENDE..... 4 NE SAVAIT PAS OU L'ENREGISTRER..... 5 AUTRE_____ 6 (PRECISER) NSP..... 8
482D	Savez-vous comment faire enregistrer à l'état civil la naissance de votre enfant?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2001 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS ☐ ↓ AUCUN ☐ →		487
485	Que faites-vous généralement des selles de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ? A quels autres moments ?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES . . . . . 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT . . . . . 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR . 04 ENTERRE DANS LA COUR . . . . . 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU . . . . . 06 UTILISE COUCHES JETABLES . . . 07 UTILISE COUCHES LAVABLES . . . 08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS . . . . . 09 AUTRE _____ (PRÉCISER) 96	
485A	À quel(s) moment(s) vous lavez-vous les mains ? A quels autre moment ?	APRÈS LES SELLES . . . . . A AVANT DE MANGER . . . . . B AVANT DE DONNER À MANGER À L'ENFANT . . . . . C APRÈS LES SELLES DE L'ENFANT . . . . . D	
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO ☐ ↓ UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO ☐ →		488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
488	VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE ☐ ↓ N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE ☐ →		490
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEURSEMENT MALADE, DEMANDER : Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CELA DÉPEND 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
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 traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?		UN GROS PROB-LÈME	PAS UN GROS PROB-LÈME	
	Savoir où aller.	OÙ ALLER	1	2	
	Mauvais accueil au Centre de Santé.	ACCUEIL	1	2	
	Obtenir la permission d'y aller.	PERMISSION	1	2	
	Obtenir l'argent nécessaire pour la consultation ou le traitement.	ARGENT	1	2	
	Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.	DISTANCE	1	2	
	Devoir prendre un moyen de transport.	TRANSPORT	1	2	
	Ne pas vouloir s'y rendre seule	ALLER SEULE	1	2	
	Non efficacite des soins	EFFICACITE	1	2	
	Attente trop longue	ATTENTE	1	2	
	Cout eleve des soins	COUT	1	2	
	Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	PERSON. FEM.	1	2	
	Personnel de santé souvent absent ou en retard	PERSON. ABSENT	1	2	
490A	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être amené(e) dans un établissement de santé ou auprès d'un personnel de santé?	RESPIRATION RAPIDE	A		
		DIFFICULTE A RESPIRER	B		
		RESPIRATION BRUYANTE	C		
		CONVULSIONS	D		
		ETAT D'INCONSCIENCE	E		
		VOMISSEMENT	F		
		INCAPABLE DE BOIRE/TETER	H		
		NE MANGE PAS/NE BOIT PAS	I		
	Autre symptôme ?	DEVIENT PLUS/TRES MALADE	J		
		NE VA PAS MIEUX	K		
		CORPS CHAUD	L		
		AUTRE _____ (PRECISER)	X		
		NSP	Z		
490B	Quand un enfant a la toux où irez-vous chercher des conseils ou traitements ?	**SECTEUR PUBLIC**			
		HÔPITAL GOUV.	A		
		CENTRE SANTÉ GOUV.	B		
		CLINIQUE PLANNING FAMILIAL	C		
		AGENT DE TERRAIN	D		
	S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).	CENTRE SOCIAL	E		
		AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISER)	F		
	_____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ**			
		HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE	G		
		HOPITAL CONFESSIONNEL	H		
		PHARMACIE	I		
		ABPF	J		
		CABINET MEDICAL	K		
		AGENT SANTÉ (ONG)	L		
	Aucun autre endroit?	AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISER)	M		
	ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	**AUTRE SOURCE**			
		BOUTIQUE/MARCHE	N		
		ÉGLISE/MOSQUEE	O		
		GUERISSEUR TRADITIONNNEL	P		
		PARENTS/AMIS	Q		
		BAR/BUVETTE	R		
		AMBULANT	S		
		AUTRE _____ (PRÉCISER)	X		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À
491	VÉRIFIER 215 ET 218 : A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2003 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐ N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2003 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE ☐ ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492) _____ (NOM)			494
492	Maintenant, je voudrais vous demander quelle liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ? POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER : Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :	7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS	
a	Eau ?	a ☐	a ☐	
b	Préparation artificielle pour bébé	b ☐	b ☐	
c	Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal ?	c ☐	c ☐	
d	Jus de fruit ?	d ☐	d ☐	
e	Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?	e ☐	e ☐	
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.			
493	Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier. Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ? POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER : Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :	7 DERNIERS JOURS NOMBRE DE JOURS	HIER/ NUIT DERNIÈRE NOMBRE DE FOIS	
a	Des aliments à base de céréales comme le mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie ou autres céréales ?	a ☐	a ☐	
b	Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?	b ☐	b ☐	
c	Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc ou autre tubercules(patates etc.) ?]	c ☐	c ☐	
d	N'importe quel légume à feuilles vertes ?	d ☐	d ☐	
e	Mangue, papaye ?	e ☐	e ☐	
f	Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	f ☐	f ☐	
g	Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?	g ☐	g ☐	
h	Autres aliments à base de légumes [par ex : lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides] ?	h ☐	h ☐	
i	Fromage ou yaourts ?	i ☐	i ☐	
j	Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?	j ☐	j ☐	
	SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
493A	Est-ce que vous dormez habituellement sous moustiquaire ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 495
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 495
494A	La moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière est-elle imprégnée d'insecticide ?	OUI . . . . . 1 NON 2	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS . . . 3	
496	Actuellement chiquez-vous ou fumez-vous ou consommez-vous des cigarettes ou du tabac ? SI OUI : Que chiquez-vous, que consommez-vous ou que fumez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES . . . . . A OUI, PIPE . . . . . B OUI, AUTRE TABAC . . . . . C NON . . . . . Y	
497	VÉRIFIER 496 : CODE 'A' ENCERCLÉ ☐ ↓	CODE 'A' PAS ENCERCLÉ ☐	→ 499
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	CIGARETTES . . . . . ☐☐	
499	Maintenant, je voudrais vous parler des boissons alcolisées Vous-est-il déjà arrivé de boire des boissons alcoolisées?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 499C
499A	Au cours des 3 derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS . . . . . ☐☐ AUCUNE/JAMAIS 95	
499B	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI . . . . . 1 NON 2	
499C	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison? SI OUI : combien d'injections avez-vous eu? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS . . . ☐☐ AUCUNE 00	→ 501
499D	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, une sage-femme, un pharmacien , un dentiste ou un autre agent de santé? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS . . . ☐☐ AUCUNE 00	→ 501

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499E	La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse?	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . 12 CENTRE DE PF . . . . 13 MATERNITÉ . . 14 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ... 15 AGENT DE SANTE/STRAT. AVANCÉE . 16 AGENT DE SANTÉ . . . . 17 AUTRE PUBLIC _____ 18 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET 21 PHARMACIE . . . . . 22 DENTISTE . . . . . 23 MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 24 AGENT DE SANTÉ . . . . . 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISER) **AUTRE ENDROIT** À LA MAISON . . . . . 31 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
499F	La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous êtiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ . . . . . 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME . . . . . 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE . . . . . 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME . . 2 NON 3	→ 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve divorcée ou séparée?	VEUVE . . . . . 1 DIVORCÉE . . . . . 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE . . . . . 1 VIT AILLEURS 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____ N0. DE LIGNE . . . . . [ ][ ]	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP 8	→ 510
508	En vous comptant, avec combien d'épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES . . . . . . ET DE PARTENAIRES . . . . . [ ][ ] NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG . . . . . [ ][ ]	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS . . . . . 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510: MARIÉE/ A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS → En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire? MARIÉE/ A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS → J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme mariée En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez- vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS . . . . . [ ][ ] NE CONNAÎT PAS LE MOIS . . . . . 98 ANNÉE . . . . . [ ][ ][ ][ ] NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE . . . . . [ ][ ]	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU DIVORCÉE OU SÉPARÉE →	VEUVE →	→ 516
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS →	MARIÉE UNE FOIS →	→ 518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE . . . . . 1 DIVORCE . . . . . 2 SÉPARATION 3	→ 518
516	Qui a disposé de la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE . . . . . 1 ENFANTS DE L'ENQUETEE ..... 2 AUTRE ÉPOUSE . . . . . 3 AUTRES ENF DE L'ÉPOUX ..... 4 FAMILLE DE L'ÉPOUX . . . . . 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 7	→ 518

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
517	Avez-vous reçu des biens ou des objets ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI . . . . . 1 NON 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez dejà eu)?	JAMAIS . . . . . .00 ÂGE EN ANNÉES . . . . . [ ][ ] PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. 95	→ 521 → 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE 8	→ 544
521	VÉRIFIER 106: 15-24 ANS [ ] ↓ 25-49 ANS [ ] →		526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE . . . . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	→ 526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ . . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans que vous?	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3	
526	Combien de temps s'est écoulé depuis que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS . . . . . 1 [ ][ ] IL Y A DES SEMAINES . . . 2 [ ][ ] IL Y A DES MOIS . . . . . 3 [ ][ ] IL Y A DES ANNÉES . . . . 4 [ ][ ]	→ 538

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a t-il été utilisé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 529)
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2	OUI . . . . . 1 NON 2
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 531)
530	Cette personne ou vous-même, êtiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉE SEULE . . 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE . . . . . 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels? SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI . . . . . .01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____96 (PRÉCISER	MARI . . . . . .01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____96 (PRÉCISER	MARI . . . . . .01 (PASSER À 537) PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ . . . . 03 RENCONTRE OCCASIONNELL . . . . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE . . . . . 05 AUTRE _____96 (PRÉCISER
532	Pendant combien de temps avez-eu vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01'JOUR	JOURS . . 1 [ ][ ] SEMAINE . 2 [ ][ ] MOIS . . . 3 [ ][ ] ANNÉES . . 4 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] SEMAINE . 2 [ ][ ] MOIS . . . 3 [ ][ ] ANNÉES . . 4 [ ][ ]	JOURS . . 1 [ ][ ] SEMAINE . 2 [ ][ ] MOIS . . . 3 [ ][ ] ANNÉES . . 4 [ ][ ]
533	VÉRIFIER 106 ;	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 537)	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 537)	15-24 ANS [ ] 25-49 ANS [ ] (PASSER À 538)
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 537) NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 537) NSP. 98	ÂGE DU PARTENAIRE [ ][ ] (PASSER À 538) NSP. 98
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 537)	PLUS ÂGÉE . . . . 1 PLUS JEUNE . . . . 2 MÊME ÂGE . . . . . 3 NSP. . . . . 8 (PASSER À 538)
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans que vous?	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3	DIX ANS OU PLUS . . . . . 1 MOINS DE DIX ANS . . . . . 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN . . . 3
537	Mis à part cette/ces deux personne/s, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 527) À LA COL.SUIVANTE NON . . . . . 2 (PASSER À 541)	OUI . . . . . 1 (RETOUR À 527) À LA COL.SUIVANTE NON . . . . . 2 (PASSER À 541)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À 95, INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES . . [ ][ ] NE SAIT PAS 98	
541	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU . . . . . 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2	→ 544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT . . . . . 1 A ÉTÉ FORCÉE . . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP 3	
544	Connaissez-vous un endroit ou l'on peut se procurer des condoms?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 601
545	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a-t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . . . B CENTRE DE P . . . . . C MATERNITÉ . . . . . D PHARMACIE COMMUNAUTAIRE . . . E AGENT DE SANTE/STRAT. AVA . . . F AGENT DE SANTÉ . G AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRI' ... J PHARMACIE . . . . . K ABPF . . . . . L CABINET M'EDICAL M AGENT DE SANTÉ (ONG) . . . . . N AUTRE PRIVÉ MÉDICAL_____O (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MARCHE . . . . . P EGLISE/MOSQUI . . . . . Q ÉCOLE . . . . . R AMIS/PARENTS . . . . . S AUTRE_____X (PRÉCISER)	
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ ☐ LUI OU ELLE STÉRILISÉ ☐			→ 614
602	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	ENCEINTE ☐ Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT . . . 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN . . . 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . . 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE . . . . . 4 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE . . . 5	 → 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	ENCEINTE ☐ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS . . . . . 1 ☐☐ ANNÉES . . . . . 2 ☐☐ BIENTÔT/MAINTENANT . . . . . 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE . . . . . 994 APRÈS MARIAGE . . . . . 995 AUTRE _____ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	 → 609 → 614 → 609
604	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ☐ ENCEINTE ☐			→ 610
605	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE ☐ N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT ☐ UTILISE ACTUELLEMENT ☐			→ 608
606	VÉRIFIER 603 : NON POSÉE ☐ 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS ☐ 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE ☐			→ 610

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	VÉRIFIER 602 : VEUT UN/UN AUTRE ENFANT 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 ? Autre raison ? NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT 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 ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE . . . . . A **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAPPORTS SEXUELS . . . B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . . . E AMÉNORRHÉE POSTPARTUM . . . F ALLAITEMENT . . . . . G FATALISTE . . . . . H **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . . . J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K INTERDITS RELIGIEUX . . . . . L **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE . . . M CONNAÎT AUCUNE SOURCE . . . N **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . . . Q TROP CHER . . . . . R PAS PRATIQUE À UTILISER . . . . . S INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . . . T AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	
608	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 ?	PROBLÈME IMPORTANT . . . . . 1 PETIT PROBLÈME . . . . . 2 AUCUN PROBLÈME . . . . . 3 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4	
609	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT UTILISE ACTUELLEMENT		614
610	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ? SI PLUSIEURS METHODES CITEES, DEMANDER : Laquelle vous interesse le plus ? ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT. DANS LE CAS OU ELLE N'A PAS D'INTERET POUR UNE SEULE METHODE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA MÉTHODE LA PLUS HAUTE LISTEE PARMI CELLES CITEES.	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 _____ 96 (PRÉCISER) PAS SÛRE 98	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 contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE . . . . . 11 **RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ** PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE . . . 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE . . . . . 26 **OPPOSITION À L'UTILISATION** ENQUÊTÉE OPPOSÉE . . . . . 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX . . . . . 34 **MANQUE DE CONNAISSANCE** CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42 **RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES** PROBLÈMES DE SANTÉ . . . . . 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER . . . . . 54 PAS PRATIQUE À UTILISER . . . 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS . . . 56 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	→ 614
613	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI . . . . . .1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
614	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS → Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS → 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 ENFANT . . . . . 00 NOMBRE . . . . . [ ][ ] AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 616 → 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE [ ][ ] [ ][ ] [ ][ ] 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 : À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ? Sur une affiche ? Dans un prospectus/brochure ? A une séance d'animation culturelle/éducative? A l'école?	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'ECOLE 1 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
618	A votre avis, est-il adminssible ou inadmissible de parler de planification familiale: À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ? Sur une affiche ? Dans un prospectus/brochure ? A une séance d'animation culturelle/éducative? A l'école?	ADMIS-SIBLE / IN-ADMIS-SIBLE RADIO . . . . . 1 2 TÉLÉVISION . . . . . 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES . . . 1 2 AFFICHE .... 1 2 PROSPECTUS .... 1 2 ANIMATION CULTURELLE ..... 1 2 A L'ECOLE 1 2	
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 621
620	Avec qui en avez-vous discuté ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ÉPOUSE/PARTENAIRE . . . . . A MÈRE . . . . . B PÈRE . . . . . C SOEUR(S) . . . . . D FRÈRE(S) . . . . . E COUSINE(S)/COUSIN(S) . . . . . F FILLE(S) . . . . . G FILS . . . . . H BELLE-MÈRE(S) . . . . . I BEAU-PERE . . . . . G AMI(E)S/VOISIN(E)S . . . . . K AUTRE_____ X (PRÉCISER)	
621	VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE → OUI, VIT AVEC UN HOMME → NON, PAS EN UNION		→ 628
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ → PAS DE CODE ENCERCLÉ		→ 624
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire si l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE . . . . . 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE . 2 DÉCISION COMMUNE . . . . . 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
624	Maintenant je voudrais vous demander 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 INDIFFERENT . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS . . . . . 1 UNE OU DEUX FOIS . . . . . 2 PLUS SOUVENT 3	
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ → LUI OU ELLE STÉRILISÉ		→ 628
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut plus que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE . . . . . 1 PLUS D'ENFANTS . . . . . 2 MOINS D'ENFANTS . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une Infection Sexuellement Transmissible? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE IST . . . . . 1 2 8 AUTRES FEMMES . . . . . 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT . . . 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8	
629	Quand une femme sait que son mari a une infection maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
630	VÉRIFIER 501 ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION ☐ ↓ PAS EN UNION ☐ →		701
631	Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec vous quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
632	Pouvez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous voulez qu'il en utilise un?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ☐ A ÉTÉ MARIÉE/ VÉCU AVEC UN HOMME ☐ JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME ☐		703 707
702	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ☐☐	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ème cycle, supérieur ou autre ?	PRIMAIRE . . . . . 1 SECONDAIRE 1 . . . . . 2 SECONDAIRE 2 . . . . . 3 SUPÉRIEUR . . . . . 4 AUTRE . . . . . 6 NE SAIT PAS 8	 706
705	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE . . . . . ☐ NE SAIT PAS 8	
706	VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME ☐ Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME ☐ Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	☐☐☐ _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON 2	 719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?	☐☐☐ _____ _____	
711	VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE ☐ NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE ☐		 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE . . . . . 1 TERRE DE LA FAMILLE . . . . . 2 TERRE LOUÉE . . . . . 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 4 NON CONCERNÉ 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON . . . . . 1 LOIN DE LA MAISON 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE . . . . . 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT . . . . . 1 ARGENT ET NATURE . . . . . 2 EN NATURE SEULEMENT . . . . . 3 PAS PAYÉE 4	→ 719
717	Qui décide principalement de comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME . . . . . 1 MARI/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . 3 PÈRE/MÈRE . . . . . 4 ONCLE/TANTE . . . . . 5 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 6 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 7	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN . . . . . 1 MOINS DE LA MOITIÉ . . . . . 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ . . . . . 3 PLUS DE LA MOITIÉ . . . . . 4 LA TOTALITÉ . . . . . 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ 6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :	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	
	Vos propres soins de santé ?	1 2 3 4 5 6	
	Les achats de choses importantes pour le ménage ?	1 2 3 4 5 6	
	Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?	1 2 3 4 5 6	
	Les visites à la famille ou parents ?	1 2 3 4 5 6	
	Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?	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/ ÉCOUTE / PRÉS/ ÉCOUTE PAS / PAS PRÉS 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 légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	OUI / NON / NSP	
	Si elle sort sans le lui dire ?	SORTIR 1 2 8	
	Si elle néglige les enfants ?	NÉGL. ENFANTS . . . 1 2 8	
	Si elle argumente avec lui ?	ARGUMENTE 1 2 8	
	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	REFUSER SEX. 1 2 8	
	Si elle brûle la nourriture ?	BRÛLER NOUR. 1 2 8	
	Si elle parle de se protéger contre le sida?	PROTECTION SIDA 1 2 8	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 844
801A	Comment peut-on attraper le SIDA ? Aucune autre façon ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	RAPPORT SEXUELS ..... A RAPPORT SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES ... B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES.. C NE PAS UTILISER CONDOM ..... D RELATIONS HOMOSEXUELLES ..... E TRANSFUSION DE SANG ..... F INJECTIONS ..... G EN EMBRASSANT ..... H PIQURES DE MOUSTIQUES ..... I OBJETS SOUILLES ..... J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 810
809	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS . . . . . B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS . . . . . D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS . . E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES . F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES . . . . H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS . . . . . J ÉVIT. PARTAGE SERING,/LAME/RASOI K ÉVITER D'EMBRASSER . . . . . L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES . . M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS . . . . . Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère séropositive à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	OUI NON NSP GROSSESSE . . . . . 1 2 8 ACCOUCHEMENT . . . 1 2 8 ALLAITEMENT 1 2 8	
812	VÉRIFIER 811: AU MOINS UN 'OUI' ☐ AUTRE ☐		→ 814
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin, une infirmière ou une sage-femme peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin, d'une infirmière ou d'une sage-femme?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
815	VÉRIFIER 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2003 ☐ AUCUNE NAISSANCE ☐ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 ☐		→ 824 → 824
816	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 824
817	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Possibilités pour les bébés de contracter le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour que le bébé ne contracte pas le sida? Importance d'éffectuer un test du sida?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8 CHOSES À FAIRE 1 2 8 TEST DU SIDA 1 2 8	
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI . . . . . 1 NON 2	
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 824) NE SAIT PAS 8	
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI . . . . . 1 NON 2	
821	Où avez-vous effectué le test? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF . . . . . 13 CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . 14 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15 AGENT DE SANTÉ . . . . . 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 23 AGENT DE SANTÉ . . . . . 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 825
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS . . . . . 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS . . . . . 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ . . . . . 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ . . . . . 2 TEST IMPOSÉ 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI . . . . . 1 NON 2	
828	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE DE PF ..... 13 CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . 14 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . 15 AGENT DE SANTÉ . . . . . 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . 21 PHARMACIE . . . . . 22 MÉDECIN PRIVÉ . . . . . 23 AGENT DE SANTÉ . . . . . 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 831
830	Où est-ce? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . A CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. . B CENTRE DE PF . . . . . C CENTRE DE DÉPISTAGE . . . . . D STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . E AGENT DE SANTÉ . . . . . F AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET . . . H PHARMACIE . . . . . I MÉDECIN PRIVÉ . . . . . J AGENT DE SANTÉ . . . . . K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
832	Si vous apprenez que vous avez le virus du sida, souhaiteriez-vous que votre état reste secret ?	OUI RESTE SECRET . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous pret à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . . 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
834A	Si un/e agent/e de santé a le virus du sida mais qu'il/elle n'est pas malade, est-ce qu'il/elle devrait être autorisé/e ou non à continuer à soigner les malades ?	AUTORISÉ À SOIGNER . . . . . 1 PAS AUTORISÉ À SOIGNER . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 3 NE SAIT PAS 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des évènements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on croît qu'il/elle a le sida ou parce qu'on sait qu'il/elle a le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUTRE ☐ ↓ AU MOINS UN 'OUI' ☐		→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI . . . . . 1 NON 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
841A	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait faire le bilan pré nuptial pour connaître le statut sérologique (atteint ou non du SIDA) du partenaire avant le mariage.	D'ACCORD . . . . . 1 PAS D'ACCORD . . . . . 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
842	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
843A	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous entendu à la radio une publicité qui parle du SIDA et de comment l'éviter ? SI AUCUN, ENCERCLER '00' MARQUER '95' POUUR 95 FOIS OU PLUS.	AUCUN . . . . . 00 TOTAL . . . . . ☐☐	
843B	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous vu à la télévision une publicité qui parle du SIDA et de comment l'éviter ? SI AUCUN, ENCERCLER '00' MARQUER '95' POUUR 95 FOIS OU PLUS.	AUCUN . . . . . 00 TOTAL . . . . . ☐☐	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
843C	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous vu des affiches de publicité sur le SIDA et de comment l'éviter ? SI AUCUN, ENCERCLER '00'.	AUCUN . . . . . 00 TOTAL . . . . . [ ][ ]	
843D	Au cours des six derniers mois, combien de fois avez-vous participé à une discussion quelconque sur le SIDA et comment l'éviter ? SI AUCUN, ENCERCLER '00'.	AUCUN . . . . . 00 TOTAL . . . . . [ ][ ]	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
850	VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER DU SIDA [ ] → Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? PAS ENTENDU PARLER DU SIDA [ ] → Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 853
851	Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir? Y at-il d'autres symptômes? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A ÉCOULEMENT GÉNITAL . . . . . B ÉCOULEMENTS MALODORANTS C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DE ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . . . . . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K IMPUISSANCE . . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
852	Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir? Y a t-il d'autres symptômes? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEUR ABDOMINALE . . . . . A ECOUL./PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES . . . . . C BRÛLURE EN URINANT . . . . . D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE . . . . . E GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL . . . . . G VERRUES GÉNITALES . .. . H DÉMANGEAISONS GÉNITALES . . . . I SANG DANS LES URINES . . . . . J PERTE DE POIDS. . . . . K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT . . . . L AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME . . . . . Y NE SAIT PAS . . . . . Z	
853	VÉRIFIER 519: A EU DES RAPPORTS SEXUELS N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS		901
854	VÉRIFIER 850 A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL		856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une infection que vous avez contractée par contact sexuel?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez- vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
858	VÉRIFIER 855,856 ET 857 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS		860G
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI . . . . . 1 NON 2	860B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
860	Où êtes-vous allée? Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . B CENTRE DE PF . . . . . C AGENT DE TERRAIN . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . E AGENT DE SANT . . . . . F AGENT DE SANTE/RELAI COMM . G AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ..... J HOPITAL CONFESSIONNEL ..... K PHARMACIE . . . . . L ABPF . . . . . M CABINET MEDICAL . . . . . N AGENT SANTÉ (ONG) ..... O AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ P (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHÉ . . . . . Q GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . . R PARENT/AMI/VOISIN . . . . . S AMBULANT . . . . . T AUTRE_____ X (PRÉCISER)	
860A	La dernière fois que vous avez eu (infection de 855,856,857) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez-vous,,,, a) Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? b) Recherché un conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? c) Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? d) Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI NON CLINIQUE/HOP ..... 1 2 GUERISSEUR ..... 1 2 BOUTIQUE/PHAR ..... 1 2 AMIS/PARENTS 1 2	
860B	Quand vous avez eu (infection de 855,856,857) avez-vous informé le (les) partenaire (s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 CERTAINS PARTENAIRES/ PAS TOUS 3	
860C	Quand vous avez eu (infection de 855,856,857) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire (s)	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PARTENAIRE(S) DEJA INFECTEE(S) 3	→ 860E
860D	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous…… a) Arrêté les rapports sexuels? b) Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? c) Pris des médicaments?	OUI NON ARRETE RAPPORTS ..... 1 2 UTILISE CONDOM ..... 1 2 PRIS MEDICAMENTS 1 2	
860E	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855,856,857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 PARTENAIRE NON INFORMÉ . . . . . 3 NSP 8	 → 860G → 860G → 860G

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
860F	Où est-il allé ? Y a t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	**SECTEUR PUBLIC** HÔPITAL GOUV. . . . . A CENTRE SANTÉ GOUV. . . . . B CENTRE DE PF . . . . . C AGENT DE TERRAIN . . . . . D CENTRE SOCIAL . . . . . E AGENT DE SANT . . . . . F AGENT DE SANTE/RELAI COMM . G AUTRE PUBLIC _____ I (PRÉCISER) **SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ** HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVE ..... HOPITAL CONFESSIONNEL ..... J PHARMACIE . . . . . K ABPF . . . . . L CABINET MEDICAL . . . . . M AGENT SANTÉ (ONG) ..... N AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISER) **AUTRE SOURCE** BOUTIQUE/MA . . . . . P GUERISSEUR TRADITIONNEL . . . . Q PARENT/AMI/VOISIN . . . . . R AMBULANT . . . . . S AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
860G	Connaissez-vous des structures qui luttent contre le SIDA au niveau de votre localité ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 901
860H	Lequelles ? Autres structures?	CNLS/CDLS/CCLS .... A PNLS .... B PPLS .... C SIDA3 .... D BHAPP .... E ID/RACINES .... F CORRIDOR .... G CENTE DE SANTE/HOPITAL ..... H PSI/ABMS .... I AUTRE .... X _____ (PRÉCISER)	
860I	Avez-vous sollicité au moins une fois l'une des structures de lutte contre le SIDA ?	OUI . . . . . 1 NON 2	→ 901
860J	Dans quelle structure avez-vous été pour la dernière fois ? _____	CNLS/CDLS/CCLS .... 11 PNLS .... 12 PPLS .... 13 SIDA3 .... 14 BHAPP .... 15 ID/RACINES .... 16 CORRIDOR .... 17 CENTE DE SANTE/HOPITAL ..... 18 PSI/ABMS ..... 19 AUTRE .... 96 _____ (PRÉCISER)	
860K	Pour quel motif principal ?	INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES .... 1 INFORMATIONS .... 2 CONSEIL .... 3 DEPISTAGE ... . 4 AUTRE .... 9 _____ (PRÉCISER)	

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	→ 1001
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.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUS [ ][ ] DURANT ENFANCE . . . . . 95 NE SAIT PAS 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	**TRADITIONNEL** EXCISEUSE TRAD. . . . . 11 ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . 12 EXCISEUR TRADIT . . . . . 13 AUTRE TRADITION. _____ 16 (PRÉCISER) **PROFESSIONNEL SANTÉ** MEDECIN . . . . . 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . . 22 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ _____ 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 : A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE [ ] ↓ N'A PAS DE FILLE VIVANTE [ ]		→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ? SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES . . . . . [ ][ ] AUCUNE FILLE EXCISEE 95	→ 918
911	Sur laquelle de vos filles a t-on procédé tout récemment à l'excision ? _____ (NOM DE LA FILLE) ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO D'ORDRE POUR LA FILLE	NUMERO D'ORDRE DE LA FILLE A Q.212 . . . . . [ ][ ]	

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 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	→ 914
913	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
914	Son vagin a -t-il été fermé par une couture ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 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 RÉVOLUS [ ][ ] DURANT ENFANCE . . . . . 95 NE SAIT PAS 98	
916	Qui a procédé à l'excision ?	**TRADITIONNEL** EXCISEUSE TRAD. . . . . 11 ACCOUCHEUSE TRAD . . . . . 12 EXCISEUR TRADIT . . . . . 13 AUTRE TRADITION. _____ 16 (PRECISER) **PROFESSIONNEL SANTÉ** MEDECIN . . . . . 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . . . 22 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 EXCES. 1 2 8 DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE 1 2 8 GONFLEMENT 1 2 8 INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION 1 2 8	
918	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
919	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ? INSISTER: d'autres avantages ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE . . . . . A RECONNAISSANCE SOCIALE . . . . . B MEILLEURE CHANCE MARIAGE . . . C PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE . . . . . D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME . . . . . E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE . . . . . F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y NSP ..... Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
920	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ? INSISTER: rien d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	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 AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE . . . . . Y NSP ..... Z	
921	Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1 PAS D'EFFET . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
922	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé pa votre religion ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
922A	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigé pa votre tradition ou vos coutumes ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	
923	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	MAINTENUE . . . . . 1 DISPARAITRE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
924	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 ?	CONSERVÉE . . . . . 1 ABANDONNÉE . . . . . 2 CELA DÉPEND . . . . . 3 NE SAIT PAS 8	
924A	Etes-vous informée qu'il existe une loi interdisant la pratique de l'excision au Bénin ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS 8	 →1001
924B	Comment avez-vous été informée ?	RADIO NATIONALE . . . . . A SENSIBILISATION PAR ONG . . . . . B AUTORITÉS LOCALES . . . . . C RADIO COMMUNAUTAIRE/LOCALE . D AUTRE_____ X (PRECISER)	ALLER A 1001

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même ?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE . . . . [ ][ ]	
1002	VÉRIFIER 1001 : DEUX NAISSANCES OU PLUS ↓ ⚑ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) [ ] →		1014
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES . . . . . [ ][ ]	

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [2]	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [3]	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [4]	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [5]	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [6]	OUI . . . . 1 NON . . . . 2 ALLER À 1008 NSP . . . . 8 ALLER À [7]
1007	Quel âge a (NOM) ?	[ ][ ] ALLER À [2]	[ ][ ] ALLER À [3]	[ ][ ] ALLER À [4]	[ ][ ] ALLER À [5]	[ ][ ] ALLER À [6]	[ ][ ] ALLER À [7]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]	[ ][ ]
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	[ ][ ] SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2	OUI . . . 1 ALLER À 1013 NON . . . 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI . . . 1 NON . . . 2	OUI . . . 1 NON . . . 2	OUI . . . 1 NON . . . 2	OUI . . . 1 NON . . . 2	OUI . . . 1 NON . . . 2	OUI . . . 1 NON . . . 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	[ ][ ] ALLER À [2]	[ ][ ] ALLER À [3]	[ ][ ] ALLER À [4]	[ ][ ] ALLER À [5]	[ ][ ] ALLER À [6]	[ ][ ] ALLER À [7]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	☐☐ ALLER À [8]	☐☐ ALLER À [9]	☐☐ ALLER À [10]	☐☐ ALLER À [11]	☐☐ ALLER À [12]	☐☐ ALLER À [13]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐	☐☐
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	☐☐ SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	☐☐ ALLER À [8]	☐☐ ALLER À [9]	☐☐ ALLER À [10]	☐☐ ALLER À [11]	☐☐ ALLER À [12]	☐☐ ALLER À [13]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES ..... ☐☐ MINUTES ..... ☐☐					

INSTRUCTIONS :
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN DE GROSSESSE

	12	DÉC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
	09	SEP	04	
2	08	AOUT	05	
0	07	JUIL	06	
0	06	JUIN	07	
6	05	MAI	08	
	04	AVR	09	
	03	MARS	10	
	02	FÉV	11	
	01	JAN	12	

	12	DÉC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
	09	SEP	16	
2	08	AOUT	17	
0	07	JUIL	18	
0	06	JUIN	19	
5	05	MAI	20	
	04	AVR	21	
	03	MARS	22	
	02	FÉV	23	
	01	JAN	24	

	12	DÉC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
	09	SEP	28	
2	08	AOUT	29	
0	07	JUIL	30	
0	06	JUIN	31	
4	05	MAI	32	
	04	AVR	33	
	03	MARS	34	
	02	FÉV	35	
	01	JAN	36	

	12	DÉC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
	09	SEP	40	
2	08	AOUT	41	
0	07	JUIL	42	
0	06	JUIN	43	
3	05	MAI	44	
	04	AVR	45	
	03	MARS	46	
	02	FÉV	47	
	01	JAN	48	

	12	DÉC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
	09	SEP	52	
2	08	AOUT	53	
0	07	JUIL	54	
0	06	JUIN	55	
2	05	MAI	56	
	04	AVR	57	
	03	MARS	58	
	02	FÉV	59	
	01	JAN	60	

	12	DÉC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
	09	SEP	64	
2	08	AOUT	65	
0	07	JUIL	66	
0	06	JUIN	67	
1	05	MAI	68	
	04	AVR	69	
	03	MARS	70	
	02	FÉV	71	
	01	JAN	72	

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 : _____