

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
QUESTIONNAIRE FEMME

Confidentiel

| IDENTIFICATION | | | | |
|--|-------------------------------------|--|--------------------------|--|
| POOL D'ENQUÊTE _____ NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ NUMÉRO DE LA GRAPPE NUMÉRO DU MÉNAGE PROVINCE URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) KINSHASA - CAPITALE PROVINCIALE - AUTRE VILLE - CITÉ - RURAL (KINSHASA=1, CAPITALE PROVINCIALE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5) NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____ | POOL | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | GRAPPE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | MENAGE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | PROVINCE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | MILIEU | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | RÉSIDENCE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | N° DE LIGNE | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : EST-CE QUE LE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LES QUESTIONS SUR LES "VIOLENCES DOMMESTIQUES"? SI 'NON' INSCRIVEZ '2' DANS LA CASE DE DROITE. SI 'OUI' : VÉRIFIER TABLEAU 500B LA SÉLECTION DES FEMMES ÉLIGIBLES POUR LA SECTION SUR LES "VIOLENCES DOMMESTIQUES". LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? SI 'OUI' INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON' INSCRIVEZ '2' | | FEMME SELECT. <input type="checkbox"/> | | |
| VISITES D'ENQUÊTRICES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE |
| DATE | _____ | _____ | _____ | JOUR |
| | | | | MOIS |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE | _____ | _____ | _____ | ANNÉE |
| | | | | 2 0 0 7 |
| RÉSULTAT* | _____ | _____ | _____ | NOM |
| | | | | RÉSULTAT |
| PROCHAINE VISITE : DATE HEURE | _____ | _____ | | NOMBRE TOTAL DE VISITES |
| | | | | <input type="checkbox"/> |
| *CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 REMPLI PARTIELLEMENT 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ | | | | |
| LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS <input checked="" type="checkbox"/> 1 | | LANGUE DE L'INTERVIEW** _____ <input type="checkbox"/> | | INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="checkbox"/> |
| **CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 3 LINGALA 5 TSHILUBA 2 KIKONGO 4 SWAHILI 6 AUTRES | | | | |
| CONTRÔLEUSE | CHEF D'ÉQUIPE | | CONTRÔLE BUREAU | SAISI PAR |
| NOM _____ | NOM _____ | | _____ | _____ |
| DATE _____ <input type="checkbox"/> | DATE _____ <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

| | |
|---|--|
| <p>CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS</p> | |
| <p>Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le Ministère du Plan. 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.</p> | |
| <p>La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.</p> | |
| <p>Avez-vous des questions sur l'enquête ? Puis-je commencer l'entretien maintenant ?</p> | |
| <p>Signature de l'enquêtrice : _____ Date : _____</p> | |
| <p>L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ... 2 → FIN</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | |

| N ^o . | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | |
|------------------|--|--|---------|--|-------|---|--|--|--|--|--|
| 101 | ENREGISTRER L'HEURE. | HEURE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 102 | Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans une grande ville, une ville ou en milieu rural ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____ | GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3 | | | | | | | | | |
| 103 | Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE. | ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TOUJOURS 95 VISITEUR 96 | | | → 105 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 104 | Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ? SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____ | GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3 | | | | | | | | | |
| 105 | En quel mois et en quelle année êtes-vous née ? | MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NSP MOIS 98 ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>9</td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP ANNÉE 9998 | | | 1 | 9 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 1 | 9 | | | | | | | | | | |
| 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 107 | Avez-vous fréquenté l'école ? | OUI 1 NON 2 | → 111 | | | | | | | | |
| 108 | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 | | | | | | | | | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 109 | Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ? | ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 110 | VÉRIFIER 108 : PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/> → 114 | | |
| 111 | Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à haute voix ; 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 PARTIES ... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/HANDICAPÉE VISUELLEMENT 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 | VÉRIFIER 111 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 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 localité et dormi ailleurs que chez vous ? | NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN 00 → 119 | |
| 118 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ? | OUI 1 NON 2 | |
| 119 | Quelle est votre religion ? | CATHOLIQUE 01 PROTESTANT 02 ARMÉE DU SALUT 03 KIMBANGUISTE 04 AUTRE CHRÉTIENS 05 MUSULMANE 06 ANIMISTE 07 SANS RELIGION 08 AUTRE 96 (PRÉCISER) | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|--|--|---------|
| 120 | Quelle est votre tribu ? <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: auto;"/> (INSCRIRE LE NOM DE LA TRIBU) | BAKONGO DU NORD ET DU SUD DE FLEUVE 01 BAS-KASAÏ ET KWILU-KWANGO ... 02 CUVETTE CENTRALE 03 UBANGI ET ITIMBIRI-NGIRI 04 UELE; LAC ALBERT 05 BASELE-KOMO, MANIEMA ET KIVU . 06 KASAÏ; KATANGA; TANGANIKA 07 LUNDA 08 PYGMÉE 09 AUTRE 96 (PRÉCISER) | |
| 120A | Je voudrais maintenant vous poser une question sur la tribu d'appartenance de vos parents biologique à vous. Sont(étaient)-ils de la même tribu ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 2. REPRODUCTION

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

| 211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. | | | | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|--|-------------------------------|---|---|--|
| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 |
| Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM) | (NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ? | (NOM) est-ce un garçon ou une fille ? | En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ? | (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. | (NOM) vit-il/elle avec vous ? | NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE) | Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS. | Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? |
| 01 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | |
| 02 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |
| 03 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |
| 04 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |
| 05 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |
| 06 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |
| 07 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 |

| | | | | | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|-------------------------------------|---|--|--|---|--|
| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 |
| Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ? (NOM) | (NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ? | (NOM) est-ce un garçon ou une fille ? | En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ? | (NOM) est-il/elle toujours en vie ? | SI EN VIE : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. | SI EN VIE : (NOM) vit-il/elle avec vous ? | 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) | 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 ANS. | Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ? |
| 08 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 | OUI 1 NON 2 |
| 09 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 | OUI 1 NON 2 |
| 10 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 | OUI 1 NON 2 |
| 11 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3 | OUI 1 NON 2 |
| 12 | SIMP 1 MULT 2 | GAR 1 FILLE 2 | MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ 220 | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221) | JOURS 1 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 | | AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ← | |
| 223 | <p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | |
| 224 | VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="text"/> | | | | | | | | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 226 | Êtes-vous enceinte en ce moment ? | OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8 | → 229 |
| 227 | De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 228 | Au moment où vous êtes tombée enceinte, voulez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , voulez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou voulez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ? | À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3 | |
| 229 | Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ? | OUI 1 NON 2 | → 237 |
| 230 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 231 | VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2002 OU PLUS TARD <input type="text"/> → DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2002 <input type="text"/> → | | → 237 |
| 232 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 233 | Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ? | OUI 1 NON 2 | → 237 |
| 235 | Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2002 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 2002 ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

| N° | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | |
|-----|--|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 237 | <p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p> | <p>IL Y A ... JOURS 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A ... MOIS 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p> | <table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: 10px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 238 | <p>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 ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p> | <p>→ 240</p> | | | | | | | | |
| 239 | <p>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 ?</p> | <p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | |
| 240 | <p>Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 301</p> | | | | | | | | |
| 241 | <p>Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 301</p> | | | | | | | | |
| 242 | <p>Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.</p> <p>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?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p> | | | | | | | | | |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>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 LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. EN CERCLER 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 EN CERCLÉ À 301, POSER 302.</p> | | | |
| 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 ait 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 ou l'infirmière leur place à l'intérieur. | 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 empêchent 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 étui 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 | COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels. | OUI 1 NON 2 ↘ | OUI 1 NON 2 |
| 12 | RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte. | 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 | VERIFIER 302 : PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ↘ (A DÉJÀ UTILISÉ) | | → 307 |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|---|--|---------------------|
| 304 | Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ? | OUI 1 NON 2 | → 329 |
| 306 | Qu'avez-vous fait ou utilisé ? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE). | | |
| 307 | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'. | NOMBRE D'ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 308 | VÉRIFIER 302 (01) : FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> | | → 311A |
| 309 | VÉRIFIER 226 : NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> | | → 329 |
| 310 | En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ? | OUI 1 NON 2 | → 329 |
| 311 | Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ? SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE | STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE J CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER) | → 313 → 316A |
| 311A | ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. | | |
| 312 | Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode ? | COÛT/MOIN CHER 01 PLUS DISPONIBLE 02 M'A ÉTÉ PRESCRIT 03 PLUS EFFICACE 04 PAS EFFETS SECONDAIRES 05 ÇA ME CONVIENT 06 SEULE METHODE CONNUE 07 MÉTHODE RÉVERSIBLE 08 AUTRE 96 (PRÉCISER) | → 316A |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 313 | <p>Où a eu lieu la stérilisation ?</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CLINIQUE 12</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ 13</p> <p>MATERNITÉ 14</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 22</p> <p>CABINET MÉDICAL 23</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 24</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | |
| 314 | <p>VÉRIFIER 311 :</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p> | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|---|--|---|
| 316 | En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ? | | |
| 316A | Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE 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 TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNÉE</u> 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'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (<u>DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE</u>). | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | |
| 317 | VÉRIFIER 316/316A : L'ANNÉE EST 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 2001 OU AVANT <input type="checkbox"/> | | 327 |
| 319 | VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCELRÉ À 311/311A, ENCELRER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCELRÉES À 311/311A. | STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96 | → 322 → 331 → 331 → 331 → 331 |
| 320 | Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ? 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 ENCELRER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CLINIQUE 12 CENTRE/POSTE DE SANTÉ . 13 MATERNITÉ 14 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21 PHARMACIE 22 AMO-CONGO 23 CENTRE DE SANTÉ 24 CABINET MÉDICAL 25 MÉDECIN PRIVÉ 26 INFIRMIER AMBULANT 27 AGENT DE TERRAIN 28 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 29 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER) | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---|
| 321 | VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCRCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCRCLÉ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCRCLÉES À 311/311A. | PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10 | → 327 → 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 |
| 323 | Avez-vous 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 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> </div> <div style="border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>CODE '1' NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓</p> <p>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 ?</p> </div> </div> | 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 qu'il existait d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ? | OUI 1 NON 2 | |
| 327 | VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCRCLÉ À 311/311A, ENCRCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCRCLÉES À 311/311A. | STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96 | → 331 → 331 → 331 → 331 → 331 |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|--|--------------|
| 328 | <p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CLINIQUE 12</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ... 13</p> <p>MATERNITÉ 14</p> <p>AUTRE PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE PRIVÉ . 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>AMOCONGO 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ 24</p> <p>CABINET MÉDICAL 25</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 26</p> <p>INFIRMIER AMBULANT 27</p> <p>AGENT DE TERRAIN 28</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 29</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>ÉGLISE 32</p> <p>PARENTS/AMIS 33</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> | <p>→ 331</p> |
| 329 | <p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 331</p> |
| 330 | <p>Quel est cet endroit ?</p> <p>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.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CLINIQUE B</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ... C</p> <p>MATERNITÉ D</p> <p>AUTRE PUBLIC E</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCL G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>AMO-CONGO I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ J</p> <p>CABINET MÉDICAL K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ L</p> <p>INFIRMIER AMBULANT M</p> <p>AGENT DE TERRAIN N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ O</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE P</p> <p>ÉGLISE Q</p> <p>PARENTS/AMIS R</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |

| N°. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|--|----------------------------|---------|
| 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 établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ? | OUI 1 NON 2 | → 401 |
| 333 | Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement sanitaire vous a parlé de méthodes de planification familiale à une de ces occasions ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

| | | | | |
|-----|--|--|---|---|
| 401 | VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> | PAS DE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 487 | | |
| 402 | INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois) | | | |
| 403 | NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212 | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 404 | SELON Q. 212 ET Q. 216 | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> |
| 405 | Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout ? | À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 407) ← <input type="checkbox"/> | À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/> | À CE MOMENT ... 1 (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/> PLUS TARD ... 2 NE VOULAIT PLUS ... 3 (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/> |
| 406 | Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ? | MOIS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998 | MOIS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998 | MOIS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998 |
| 407 | Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ? SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI NON, ENCERCLEZ CODE "Y" | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME . . . C ACCOUCHEUSE . . D AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415) ← <input type="checkbox"/> | | |
| 408 | De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | | |
| 409 | Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse ? | NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|--|--|---|---|
| 410 | VÉRIFIER 409 : NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES | UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> (PASSER À 412) | | |
| 411 | De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | | |
| 412 | Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ? Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné un échantillon de sang ? | OUI NON POIDS ... 1 2 TAILLE ... 1 2 TENSION 1 2 URINE ... 1 2 SANG 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 la grossesse de (NOM), vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? | OUI 1 NON 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8 |
| 416 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ? | NO DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | NO DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | NO DE FOIS ... <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 |
| 417 | Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer-folate ? MONTRER COMPRIMÉ. | OUI 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8 | | |
| 418 | Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du comprimés de fer-folate ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS. | NO. DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998 | | |
| 419 | Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|--|---|---|---|
| 420 | Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | |
| 421 | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ? | OUI 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8 | | |
| 422 | Quel était ce médicament ? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE. | SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AMODIAQUINE C QUININE D MALAXIN E MALARITAB F ARINATE G ARTÉSUNATE H MÉFLOQUINE I MÉDICAMENT INCONNU Z AUTRE _____ X (PRÉCISER) | | |
| 422A | VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME | CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE "A" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 422E) | |
| 422B | Combien de fois avez-vous pris le médicament SP/FANSIDAR pendant cette grossesse ? | NO. DE FOIS | <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 422C | VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE | CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 422E) | |
| 422D | Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament SP/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 MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE _____ 6 (PRÉCISER) | | |
| 422E | VERIFIER 422 : TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME | CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE "B" NON- ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423) | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|--|--|--|--|
| 422F | Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ? | NO. DE FOIS <input type="text"/> | | |
| 422G | VERIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE | CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423) | | |
| 422H | Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE 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 MÉDICALE 2 AUTRE SOURCE 6 (PRÉCISER) | | |
| 423 | Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ? | TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8 | TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8 | TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8 |
| 424 | (NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ? | OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS 8 |
| 425 | Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE. | GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998 | GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998 | GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998 |
| 425A | (NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil? | OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 (PASSER À 426) ← NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 425B | Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ? | COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8 | COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8 | COÛT 1 ELOIGNEMENT ... 2 RETARD 3 PAS INFORMÉE ... 4 PAS NECESSAIRE . 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NSP 8 |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|--|---|---|---|
| 426 | <p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p> | <p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME ... C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p> | <p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME ... C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p> | <p>PROF. DE SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIER B SAGE-FEMME ... C ACCOUCHEUSE... D</p> <p>AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE E GUÉRISSEUR TRADITION. ... F MAMAN DU QUART./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y</p> |
| 427 | <p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>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.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> | <p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p> | <p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p> | <p>DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←</p> |
| 428 | <p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?</p> | <p>OUI 1 (PASSER À 433) ← NON 2</p> | <p>OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2</p> | <p>OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2</p> |
| 429 | <p>Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse villageoise vous a examinée ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 433) ← </p> | <p>OUI 1 NON 2</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| 430 | <p>Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ?</p> <p>ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.</p> | <p>JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES APRÈS ACC. 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|---|--|--|--|
| 431 | Qui vous a examinée à ce moment-là ? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | PROF. DE SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIER 12 SAGE-FEMME . 13 ACCOUCHEUSE 14 AUTRE PERSONNE MATRONE DE VILLAGE 21 GUÉRISSEUR TRADITION. 22 MAMAN DU QUART./ VILLAGE 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) | | |
| 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 21 CENTRE DE SANTÉ . 22 POSTE DE SANTÉ . 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) | | |
| 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. | OUI 1 NON 2 NSP 8 | | |
| 434 | Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ? | OUI 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ← | | |
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 |
| 437 | VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ? | NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- <input type="checkbox"/> OU PAS <input type="checkbox"/> CEINTE <input type="checkbox"/> SÛRE (PASSER À 439) ← | | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|---|---|---|---|
| 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 |
| 440 | Avez-vous allaité (NOM) ? | OUI 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 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> | IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> | IMMÉDIATEMENT . 000 HEURES . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 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 ? | OUI 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 MENTIONNÉS | LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER) | LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER) | LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES . D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE E JUS DE FRUIT F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ G THÉ H MIEL I AUTRE _____ X (PRÉCISER) |
| 444 | VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ? | EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 446) ← | EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 446) ← | EN VIE DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 446) ← |
| 445 | Allaitiez-vous encore (NOM) ? | OUI 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98 |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|---|--|--|---|
| 447 | VÉRIFIER 404 : ENFANT VIVANT ? | EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) | EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) | EN VIE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450) DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454) |
| 448 | Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF. | NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT ... <input type="text"/> | NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT ... <input type="text"/> | NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT ... <input type="text"/> |
| 449 | Hier, combien de fois avez-vous allaité (NOM) pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF. | NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR ... <input type="text"/> | NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR ... <input type="text"/> | NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR ... <input type="text"/> |
| 450 | Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | 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 <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 |
| 453 | | RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454. | RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454. | RETOURNER À 405 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 EN 2002 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE). | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|--|--|--|---|------|-------|--------|-------|-------|------|-------|------|------|-------|-----|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|---------|--|--|--|----|--|--|----|--|--|--|----------|--|--|--|-----|--|--|-----|--|--|--|-----------------------|--|--|--|-------|--|--|-------|--|--|--|---------------------------------|--|--|--|--------|--|--|--------|--|--|--|
| 455 | NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 456 | SELON Q.212 ET Q.216 | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 458 | Avez-vous une fiche de consultation préscolaire (CPS) 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 FICHE CPS 3 | OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE FICHE CPS 3 | OUI, VU 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 462) ← PAS DE FICHE CPS 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 459 | Avez-vous déjà eu une fiche de CPS pour (NOM) ? | OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2 | OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2 | OUI 1 (PASSER À 462) ← NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 460 | <p>(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA FICHE CPS. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA FICHE CPS INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 0 (à la naissance)</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P0</td> <td></td><td></td> <td>P0</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P1</td> <td></td><td></td> <td>P1</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P2</td> <td></td><td></td> <td>P2</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P3</td> <td></td><td></td> <td>P3</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTcoq 1</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D1</td> <td></td><td></td> <td>D1</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTcoq 2</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D2</td> <td></td><td></td> <td>D2</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTcoq 3</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D3</td> <td></td><td></td> <td>D3</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ROUGEOLE</td> <td></td><td></td><td></td> <td>ROU</td> <td></td><td></td> <td>ROU</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>FIEVRE JAUNE (V.A.A.)</td> <td></td><td></td><td></td> <td>F. J.</td> <td></td><td></td> <td>F. J.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)</td> <td></td><td></td><td></td> <td>VIT. A</td> <td></td><td></td> <td>VIT. A</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table> | | | | | 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 | | | | DTcoq 1 | | | | D1 | | | D1 | | | | DTcoq 2 | | | | D2 | | | D2 | | | | DTcoq 3 | | | | D3 | | | D3 | | | | ROUGEOLE | | | | ROU | | | ROU | | | | FIEVRE JAUNE (V.A.A.) | | | | F. J. | | | F. J. | | | | VITAMINE A (LA PLUS RECENTE) | | | | VIT. A | | | VIT. A | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTcoq 1 | | | | D1 | | | D1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTcoq 2 | | | | D2 | | | D2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DTcoq 3 | | | | D3 | | | D3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ROUGEOLE | | | | ROU | | | ROU | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FIEVRE JAUNE (V.A.A.) | | | | F. J. | | | F. J. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VITAMINE A (LA PLUS RECENTE) | | | | VIT. A | | | VIT. A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|---|---|---|---|
| 461 | Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette fiche CPS, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTC0q 1-3, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE. | OUI 1 (INSISTER SUR ← LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 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 À 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 À 460) (PASSER À 464) ← NON 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS 8 |
| 462 | Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ? | OUI 1 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 |
| 463 | Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes : | | | |
| 463A | La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche 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 APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8 | JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8 | JUSTE APRÈS LA NAISS. 1 PLUS TARD 2 NE SAIT PAS 8 |
| 463D | Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> |
| 463E | La vaccination du DTC0q, c'est-à-dire une injection faite dans la cuisse donnée généralement 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 <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> |
| 463G | Une injection contre la rougeole c'est-à-dire, une injection faite au bras gauche à partir de 9 mois ? | 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, c'est-à-dire, une injection faite au bras droit à partir de 9 mois ? | 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 _____ |
|------|---|---|---|---|
| 471 | Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ L (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE X (PRÉCISER) |
| 472 | VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ? | "OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ← | "OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ← | "OUI" À "NON"/"NSP" <input type="checkbox"/> 466 À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (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 |
| 472B | Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ← | "OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ← | "OUI" À 466 OU 472B AUTRE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (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 |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|---|---|---|---|
| 474 | Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. 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'ENQUÊTÉE | ANTIPALUDÉEN SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ... D MALAXIN ... E MALARITAB ... F ARINATE ... G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE ... I AUTRE ASPIRINE ... J PARACETAMOL ... K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ... Z | ANTIPALUDÉEN SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ... D MALAXIN ... E MALARITAB ... F ARINATE ... G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE ... I AUTRE ASPIRINE ... J PARACETAMOL ... K AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ... Z | ANTIPALUDÉEN SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE ... C QUININE ... D MALAXIN ... E MALARITAB ... F ARINATE ... G ARTÉSUNATE ... H MÉFLOQUINE ... I AUTRE ASPIRINE ... J PARACETAMOL ... 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) ? | 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 <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474F) | CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474F) | CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474F) |
| 474C | Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le SP/Fansidar ? | MEME JOUR ... 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS ... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8 | MEME JOUR ... 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS ... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8 | MEME JOUR ... 0 LE JOUR SUIVANT ... 1 DEUX JOURS APRÈS ... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ... 3 NE SAIT PAS ... 8 |
| 474D | Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le SP/Fansidar ? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'. | JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8 | JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8 | JOURS <input type="checkbox"/> NSP 8 |
| 474E | Aviez-vous le SP/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 SP/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 <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J) | CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J) | CODE "B" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "B" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474J) |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|---|---|---|---|
| 474G | Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ? | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 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 <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N) | CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N) | CODE "C" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "C" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474N) |
| 474K | Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre l'Amodiaquine ? | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 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 <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> 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 |
| 474N | VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ? | CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R) | CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R) | CODE "D" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "D" PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 474R) |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-------|--|---|---|---|
| 474O | Combien de temps après le début (de la fièvre/des convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ? | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 4 NE SAIT PAS 8 | MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRÈS . 3 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE . 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 <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> NSP 8 | JOURS <input type="text"/> NSP 8 |
| 474Q | Aviez-vous de la quinine 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 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 (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | 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) |
| 474SA | Pour la fièvre de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ? | <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996 | <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996 | <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996 |
| 474T | Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les parasites intestinaux au cours des 6 derniers mois ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 475 | Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← 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 À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8 | BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8 | BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8 |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|--|--|--|--|
| 477 | <p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?</p> | BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 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 |
| 478 | <p>Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?</p> <p>a Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?</p> <p>b Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> | <p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8 | <p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8 | <p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8 |
| 479 | <p>Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?</p> | OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS 8 |
| 480 | <p>Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER) | COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER) | COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B (IV) INTRAVEINEUSE C REMÈDES MAISON/ PLANTES D AUTRE X (PRÉCISER) |
| 481 | <p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p> | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← | OUI 1 NON 2 (PASSER À 483) ← |

| | | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISS. NOM _____ | AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | | | | |
|------|--|---|---|---|--|--|--|---|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--|--|
| 482 | <p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE SANTÉ B POSTE SANTÉ C MATERNITÉ D AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MÉDICAL . I INFIRMIER AMBULANT K AUTRE MEDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . N AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| 482A | <p>Pour la diarrhée de (NOM), combien avez-vous payé au total pour les soins ?</p> | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p> | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p> | | | | | | <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> <p>GRATUIT 99995 NSP 99996</p> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 483 | | <p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p> | <p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p> | <p>RETOURNER À 456 DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|---|---|---------|
| 484 | VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> | | → 487 |
| 485 | Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ? | 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 _____ 96 (PRÉCISER) | |
| 486 | VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES : AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU QUESTION NON-POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/> | | → 488 |
| 487 | Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ? MONTRER LE SACHET DE SRO. | OUI 1 NON 2 | |
| 488 | VÉRIFIER 218 : A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> | | → 490 |
| 488A | Parfois les enfants ont des maladies sévères et il faut les conduire tout de suite à un établissement de santé. Pour quels symptômes emmèneriez-vous votre enfant à un établissement de santé immédiatement ? | NE PEUT PAS BOIRE OU TÉTER A DEVIENT PLUS MALADE B DÉVELOPPE UNE FIÈVRE C A UNE RESPIRATION RAPIDE D A DES DIFFICULTÉS À RESPIRER E A DU SANG DANS LES SELLES F BOIT DIFFICILEMENT G NE JOUE PLUS H PLEURE SANS CESSER I AUTRE _____ X (PRÉCISER) | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | ALLER À |
|-----|---|---|--|---------|
| 489 | <p>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 ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT 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 ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CELA DÉPEND 3</p> | | |
| 490 | <p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>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 ?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p> | <p>UN PAS UN GROS GROS PRO- PRO- BLÈME BLÈME</p> <p>OÙ ALLER 1 2</p> <p>PERMISSION 1 2</p> <p>ARGENT 1 2</p> <p>DISTANCE 1 2</p> <p>TRANSPORT 1 2</p> <p>ALLER SEULE 1 2</p> <p>PERSON. FEM. 1 2</p> | | |
| 491 | <p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2004 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p> | <p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2004 OU APRÈS <input type="checkbox"/></p> <p>ET VIVANT AVEC ELLE</p> | | → 495 |
| 492 | <p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal ?</p> <p>d Jus de fruit ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p> | <p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> | <p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
|-----|--|--|--|--|
| 493 | <p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou autres céréales ?</p> <p>b Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges ?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye ?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p> | <p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> | <p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p> | |
| 494 | Combien de repas vous consommez habituellement par jour ? | NOMBRE DE REPAS <input type="text"/> | | |
| 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 | Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac ? SI OUI : Que fumez-vous ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | OUI, CIGARETTES A OUI, PIPE B OUI, AUTRE TABAC C NON Y | <input type="text"/> → 501 | |
| 498 | Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ? | CIGARETTES <input type="text"/> | | |

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|----------------|
| 501 | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée? | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3 | → 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 | → 510 → 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 _____ NO. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 506 | Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire? | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement? | NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> <input type="text"/> ET DE PARTENAIRE NSP 98 | |
| 509 | Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse? | RANG <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 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 <input type="checkbox"/> AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIÉE/A VÉCU <input type="checkbox"/> 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998 | → 513 |
| 512 | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui? | ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 513 | VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU <input type="checkbox"/> PAS VEUVE ↓ VEUVE <input type="checkbox"/> | | → 516 |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|--|---|--------------------|
| 514 | VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> | MARIÉE UNE FOIS <input type="checkbox"/> | → 518 |
| 515 | Comment s'est terminée votre précédente union/mariage? | DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3 | → 518 |
| 516 | À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari? | ENQUÊTÉE 1 AUTRE ÉPOUSE 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6 | → 518 |
| 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 déjà eu)? | JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 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 <input type="checkbox"/> | 25-49 ANS <input type="checkbox"/> | → 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 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | → 526 |
| 524 | Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ 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 de plus que vous? | DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN 3 | |
| 526 | Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES. | IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | → 539 |

| | | DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL |
|------|--|---|---|---|
| 526A | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Mais d'abord, je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne vouliez pas répondre, dites-moi et je passerai à la question suivante. | | | |
| 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, étiez-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 ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER) | MARI 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER) | MARI 01 (PASSER À 538) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER) |
| 532 | Depuis combien de temps avez-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 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> | JOURS .. 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> | JOURS .. 1 <input type="text"/> MOIS ... 2 <input type="text"/> ANNÉES .. 3 <input type="text"/> |
| 533 | VÉRIFIER 106 : | 15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ← | 15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 537) ← | 15-24 ANS <input type="text"/> 25-49 ANS <input type="text"/> (PASSER À 538) ← |
| 534 | Quel âge a cette personne? | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98 | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98 | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> (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 de plus 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 539) ← | OUI 1 (RETOUR À 527) ← À LA COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSER À 539) ← | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|--|---|---------|
| 538 | En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95' | NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 539 | En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95' | NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 539A | VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE ; MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? | NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> | → 544 |
| 540 | VÉRIFIER 106 : 18-49 ANS <input type="checkbox"/> 15-17 ANS <input type="checkbox"/> | | → 544 |
| 541 | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE. | PRIVÉ OBTENU 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2 | → 544 |
| 541A | Est-ce que quelqu'un vous a jamais obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? | OUI 1 NON 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 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 où 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, INSCRIVEZ 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 A CENTRE DE SANTÉ B POSTE DE SANTE C CLINIQUE PF D AGENT COMMUNAUTAIRE E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G PHARMACIE H AMO-CONGO I AGENT DE SANTÉ J AUTRE PRIVÉ MÉDICAL K (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE L BAR/BOITE DE NUIT M KIOSQUE N TABLIER O AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS P AUTRE X (PRÉCISER) | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|--|---------|
| 546 | Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8 | |
| 547 | VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ | AUTRE <input type="checkbox"/> | → 601 |
| 548 | Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL 11 CENTRE DE SANTÉ 12 POSTE DE SANTE 13 CLINIQUE PF 14 AGENT COMMUNAUTAIRE 15 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 AMO-CONGO 23 AGENT DE SANTÉ 24 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 BAR/BOITE DE NUIT 32 KIOSQUE 33 TABLIER 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS 35 HOTEL/MOTEL 36 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 41 AUTRE 96 (PRÉCISER) NSP 98 | |

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | |
|-----|---|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 601 | VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> | | → 614 | | | | | | | | |
| 602 | VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 → 604 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 614 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 610 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 608 | | | | | | | | |
| 603 | VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ? | ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ? | MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 609 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 614 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 609 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 604 | VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> | | → 610 | | | | | | | | |
| 605 | VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> | | → 608 | | | | | | | | |
| 606 | VÉRIFIER 603 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/> | | → 610 | | | | | | | | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | |
|-----|---|---|--|--|
| 607 | <p>VÉRIFIER 602 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p> | <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> | <p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | |
| 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 ? | <p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS 4</p> | | |
| 609 | <p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>↓ ↓ ↓</p> | | → 614 | |
| 610 | Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | → 612 | |
| 611 | Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ? | <p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p> | → 614 | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 612 | <p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?</p> | <p>NON MARIÉE 11</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24</p> <p>VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE 26</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE 31</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX 34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 → 614</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ 51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53</p> <p>TROP CHER 54</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | |
| 613 | Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 614 | <p>VÉRIFIER 216 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p> | <p>PAS D'ENFANT 00 → 616</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 616</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |
| 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 ? | <p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |
| 616 | Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte ? | <p>APPROUVE 1</p> <p>DÉSAPPROUVE 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p> | |
| 617 | <p>Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?</p> <p>À la télévision ?</p> <p>Dans des journaux ou magazines ?</p> | <p>OUI NON</p> <p>RADIO 1 2</p> <p>TÉLÉVISION 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p> | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|---|--|---------|-----|-----|-----|--------------|---|---|---|---------------|---|---|---|------------------|---|---|---|---------------------|---|---|---|--|
| 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. | MARI/PARTENAIRE A MÈRE B PÈRE C SOEUR(S) D FRÈRE(S) E FILLE(S) F FILS G BELLE-MÈRE(S) H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) I AUTRE X (PRÉCISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 621 | VÉRIFIER 501 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/> | | → 628 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 622 | VÉRIFIER 311/311A : UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | | → 624 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 623 | Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que 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 les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ? | APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 625 | Combien de fois, au 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 <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> | | → 628 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 627 | Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ? | MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 628 | Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie 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 ? | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> <td style="text-align: right;">NSP</td> </tr> <tr> <td>IL A UNE MST</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHE. RÉCENT</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> <tr> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> <td style="text-align: right;">8</td> </tr> </table> | | OUI | NON | NSP | IL A UNE MST | 1 | 2 | 8 | AUTRES FEMMES | 1 | 2 | 8 | ACCOUCHE. RÉCENT | 1 | 2 | 8 | FATIGUÉE/PAS HUMEUR | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| IL A UNE MST | 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|--|--|---------|
| 630 | VÉRIFIER 501 : ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/EN UNION ↓ | PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → | 701 |
| 631 | Pouvez-vous refuser à votre mari d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir? | OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8 | |
| 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

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 701 | VÉRIFIER 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | → 707 |
| 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, ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8 | → 706 |
| 705 | Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevée à ce niveau ? | CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 706 | VÉRIFIER 701 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ? | <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____ | |
| 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 (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ? | <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____ | |
| 711 | VÉRIFIER 710 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> | | → 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 AUTRE 6 | |

| NO. | 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 comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ? | 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 | |
| 718 | En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ? | PRESQUE 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 : Vos propres soins de santé ? Les achats de choses importantes pour le ménage ? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ? Les visites à la famille ou parents ? Quelle nourriture sera préparée chaque jour ? | ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6 1 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 | |
| 720 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES) | PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS PAS ENFANTS <10 ANS 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 : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle se dispute avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ? | OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS ... 1 2 8 SE DISPUTE 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8 | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|--|---|---------|
| 722 | Avez-vous été malade au cours des deux dernières semaines ? | OUI 1 NON 2 | → 726 |
| 723 | Avez-vous reçu des soins médicaux ? | OUI 1 NON 2 | → 725 |
| 724 | Combien avez-vous payé pour les soins médicaux (consultations, médicaments, etc.)? | MONTANT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NSP 99996 | → 726 |
| 725 | Pourquoi vous n'avez pas reçu de soins médicaux ? Autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES | COÛT ÉLEVÉ A DISTANCE B PERSONNEL DE SANTÉ PAS ACCUEILLANT C AUTRE X (PRÉCISER) | |
| 726 | Connaissez-vous la maladie dénommée "fistule" c'est-à-dire, la maladie qui fait que la femme perd de l'urine et/ou défèque continuellement ? | OUI 1 NON 2 | → 801 |
| 726A | Selon vous, quelle est la principale cause de cette maladie ? | ACCOUCHEMENT 1 INTERV. CHIRURGICALE 2 TRAUMATISME 3 NE SAIT PAS 8 | |
| 727 | Connaissez-vous (souffrez-vous) actuellement de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des "mictions /défécations" ? | OUI 1 NON 2 | → 729 |
| 728 | Avez-vous déjà connu (souffert) de pertes d'urines et/ou de selles par le vagin en dehors des mictions /défécations ? | OUI 1 NON 2 | → 801 |
| 729 | Comment cela est-il arrivé ? | APRÈS ACCOUCHEMENT 1 APRÈS AGRESSIONS SEXUELLES ... 2 APRÈS INTERVENTION CHIRURGICALE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) | → 731 |
| 730 | Vous avez dit que cela est arrivé après un accouchement. Était-ce à votre 1er, 2ème, 3ème ... accouchement ? | RANG ACCOUCHEMENT ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 731 | Quel âge aviez-vous au moment où cela vous est arrivé (pour la première fois) ? | ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98 | |
| 732 | Avez-vous reçu (suivez-vous actuellement) un traitement ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

| No. | 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 | → 850 |
| 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 ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ | 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 ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS 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 | |
| 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 | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------|---|--|----------------|-----|-----|-----|-----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|--------------|---|---|---|--|
| 811 | Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ? | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | GROSSESSE | 1 | 2 | 8 | ACCOUCHEMENT | 1 | 2 | 8 | ALLAITEMENT | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| GROSSESSE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCOUCHEMENT | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ALLAITEMENT | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 812 | VÉRIFIER 811 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' AUTRE <input type="checkbox"/> | | → 814 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 813 | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière 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 ou d'une infirmière ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 815 | VÉRIFIER 215 : DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 2005 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2005 | | → 824 → 824 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 816 | VÉRIFIER 407 : A VU QUELQU'UN POUR <input type="checkbox"/> DES SOINS PRENATALS N'A VU PERSONNE <input type="checkbox"/> | | → 824 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 817 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse. Au cours de l'une de ces visites prénatals pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ? | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | SIDA DE LA MÈRE | 1 | 2 | 8 | CHOSSES À FAIRE | 1 | 2 | 8 | TEST DU SIDA | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SIDA DE LA MÈRE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHOSSES 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 | → 824 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 820 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|--|--|---------|
| 821 | <p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ 12</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 15</p> <p>CTA 16</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 17</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 22</p> <p>CTA 23</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT</p> <p>DE JEUNES 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |
| 822 | Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | → 825 |
| 823 | Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ? | <p>IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1</p> <p>ENTRE 12 ET 23 MOIS 2</p> <p>IL Y A 2 ANS OU PLUS 3</p> | → 831 |
| 824 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | → 829 |
| 825 | Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ? | <p>IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1</p> <p>ENTRE 12 ET 23 MOIS 2</p> <p>IL Y A 2 ANS OU PLUS 3</p> | |
| 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 ? | <p>TEST DEMANDÉ 1</p> <p>TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2</p> <p>TEST IMPOSÉ 3</p> | |
| 827 | Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous obtenu les résultats du test ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|--|--------------|
| 828 | <p>Où avez-vous effectué le test ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 11</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ 12</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 15</p> <p>CTA 16</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 17</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CDV MOBILE 22</p> <p>CTA 23</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT</p> <p>DE JEUNES 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> | <p>→ 831</p> |
| 829 | <p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 831</p> |
| 830 | <p>Où est-ce ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ B</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CENTRE CDV MOBILE E</p> <p>CTA F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CDV MOBILE I</p> <p>CTA J</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT</p> <p>DE JEUNES K</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |
| 831 | <p>Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 832 | <p>Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?</p> | <p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8</p> | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 833 | Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/d'elle dans votre propre ménage ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/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 NE SAIT PAS/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 le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ? | OUI 1 NON 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 8 | → 840 |
| 836 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ? | OUI 1 NON 2 | |
| 837 | Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ? | OUI 1 NON 2 | |
| 838 | VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : AUCUN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ | AU MOINS <input type="checkbox"/> 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 | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 842 | Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/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 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND 8 | |
| 850 | VÉRIFIER 801: ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ? | PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> 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 a-t-il d'autres symptômes ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | DOULEUR ABDOMINALE A ÉCOULEMENT GÉNITAL B ÉCOULEMENT MALODORANT C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DES 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 | |
| 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 PERTES VAGINALES B PERTES MALODORANTES C BRÛLURE EN URINANT D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E GONFLEMENT DE LA 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 | |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|--|-------------------------|
| 853 | VÉRIFIER 519 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓ | N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> | → 901 |
| 854 | VÉRIFIER 850 : A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> ↓ | N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> | → 856 |
| 855 | J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ? | 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 (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> ↓ | N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/> | → 901 |
| 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 | → 861 |
| 860 | Où êtes-vous allée ? Y a-t-il un autre endroit ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL A CENTRE/POSTE DE SANTÉ B CTA C CENTRE IST D CLINIQUE PF E AGENT COMMUNAUTAIRE F MATERNITÉ G AUTRE PUBLIC H (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN PRIVÉ I MATERNITÉ J PHARMACIE K CTA L AGENT DE SANTÉ M AUTRE MÉDICAL PRIVÉ N (PRÉCISER) AUTRE SOURCE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... Q BOUTIQUE R AUTRE X (PRÉCISER) | |
| 861 | 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 | → 901 → 901 → 901 |

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-----|---|---|---------|
| 862 | <p>Où est-il allé ?</p> <p>Y a-t-il un autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL A</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ B</p> <p>CTA C</p> <p>CENTRE IST D</p> <p>CLINIQUE PF E</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE F</p> <p>MATERNITÉ G</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL/MÉDECIN</p> <p>PRIVÉ I</p> <p>MATERNITÉ J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>CTA L</p> <p>AGENT DE SANTÉ M</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ N</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... Q</p> <p>BOUTIQUE R</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et soeurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé.
 NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 904 | Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ? | [1] _____ | [2] _____ | [3] _____ | [4] _____ | [5] _____ | [6] _____ |
| 905 | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ? | MASC. 1 FÉM. 2 |
| 906 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [2]* | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [3]* | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [4]* | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [5]* | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [6]* | OUI 1 NON 2 ALLER À 908* NSP 8 ALLER À [7]* |
| 907 | Quel âge a (NOM) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7] |
| 908 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 909 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ? | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7] |
| 910 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI ... 1 ALLER À 913* NON ... 2 |
| 911 | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ? | OUI ... 1 ALLER À 913* NON ... 2 |
| 912 | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ? | OUI ... 1 NON ... 2 |
| 913 | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7] |
| SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001 | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|---|---|
| 904 | Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ? | [7] _____ | [8] _____ | [9] _____ | [10] _____ | [11] _____ | [12] _____ |
| 905 | (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 |
| 906 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [8] → | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [9] → | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [10] → | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [11] → | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [12] → | OUI 1 NON 2 ALLER À 908 ← NSP 8 ALLER À [13] → |
| 907 | Quel âge a (NOM) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13] |
| 908 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 909 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ? | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12] | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13] |
| 910 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 |
| 911 | Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ? | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 | OUI ... 1 ALLER À 913 → NON ... 2 |
| 912 | 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 |
| 913 | À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12] | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13] |
| SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1001 | | | | | | | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|------|--|--|---------|
| 1005 | 5A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire : | 5B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois ? | |
| | a)- vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | b)- vous gifle ou torde le bras ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | c)- vous frappe à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ c) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | d)- vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ d) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ e) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | f)- vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ f) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | g)- vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ g) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | h)- vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne voulez pas ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ h) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| | i)- vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne voulez pas ? | OUI 1 → NON..... 2 ↓ i) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SÉPARÉE 95 | |
| 1006 | Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool ? | OUI 1 NON 2 | → 1008 |
| 1007 | Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelques fois ou jamais ? | TRÈS SOUVENT 1 QUELQUES FOIS 2 JAMAIS 3 | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À |
|-------|---|--|---------------|
| 1008 | <p>VÉRIFIEZ 1003 :</p> <p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE/VEUVE <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS DE RÉPONSE 3</p> | <p>→ 1011</p> |
| 1008A | <p>Qui vous a agressée physiquement de cette façon ?</p> <p>INSISTER : Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | <p>MERE A</p> <p>PERE B</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE C</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE D</p> <p>SŒUR E</p> <p>FRERE F</p> <p>FILLE G</p> <p>FILS H</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE I</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL J</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL K</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI) L</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI) M</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE N</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE O</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE P</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE Q</p> <p>PROFESSEUR R</p> <p>EMPLOYEUR S</p> <p>ETRANGER T</p> <p>POLICIER/SOLDAT U</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |
| 1008B | <p>VÉRIFIER 1008A :</p> <p>PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/></p> | | <p>→ 1010</p> |
| 1009 | <p>Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement ?</p> | <p>MERE 01</p> <p>PERE 02</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE 03</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE 04</p> <p>SŒUR 05</p> <p>FRERE 06</p> <p>FILLE 07</p> <p>FILS 08</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE 09</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL 10</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL 11</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI) 12</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI) 13</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE 14</p> <p>AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE 15</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE 16</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE 17</p> <p>PROFESSEUR 18</p> <p>EMPLOYEUR 19</p> <p>ETRANGER 20</p> <p>POLICIER/SOLDAT 21</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> | |

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLER À | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---------|---------------|---------------------|-----|-----------|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---------------------|---|---|---|--|
| 1010 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois cette personne vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE 95 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1011 | VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q229 : NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES A EU AU MOINS UNE GROSSESSE <input type="checkbox"/> JAMAIS EU DE GROSSESSE [Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q229 = 2] <input type="checkbox"/> | | → 1014 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1012 | Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 1014 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1013 | Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse ? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MERE B PERE C NOUV. FEMME DE VOTRE PERE D NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE E SŒUR F FRERE G FILLE H FILS I EX MARI /EX PARTENAIRE J AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL K EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL L BELLE MERE (MERE DU MARI) M BEAU PERE (PERE DU MARI) N AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE O AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE R PROFESSEUR S EMPLOYEUR T ETRANGER U POLICIER/SOLDAT V AUTRE X (PRÉCISER) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REMERCIER ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES VIOLENCES DOMESTIQUES. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1014 | AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON ? | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS 1 FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES ADULTES HOMMES..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>ADULTES FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI 1 FOIS | OUI, PLUS 1 FOIS | NON | MARI..... | 1 | 2 | 3 | AUTRES ADULTES HOMMES.. | 1 | 2 | 3 | ADULTES FEMMES..... | 1 | 2 | 3 | |
| | OUI 1 FOIS | OUI, PLUS 1 FOIS | NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARI..... | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES ADULTES HOMMES.. | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADULTES FEMMES..... | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1015 | COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE SI LES QUESTIONS 1003 À 1014 N'ONT PU ÊTRE POSÉES, EXPLIQUER LES RAISONS _____ _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1016 | ENREGISTRER L'HEURE | HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE : _____