

**ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-III)
QUESTIONNAIRE FEMME**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																																											
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">GRAPPE</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DÉPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>VIL./COM.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					MÉNAGE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					DÉPARTEMENT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					VIL./COM.	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>				
GRAPPE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
MÉNAGE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
DÉPARTEMENT		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
VIL./COM.		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																									
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																										
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																											
NUMÉRO DE GRAPPE																																											
NUMÉRO DU MÉNAGE.....																																											
DÉPARTEMENT																																											
VILLE/COMMUNE.....																																											
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																																											
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)																																											
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																																											

<p>VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:</p> <p>EST-CE QUE DES QUESTIONS SUR LE "SIDA" ET LE "STATUT DE LA FEMME" SONT PRÉVUES DANS CE MÉNAGE? (OUI=1, NON=2).....</p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>
<p>VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:</p> <p>EST-CE QUE DES QUESTIONS SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE" SONT PRÉVUES DANS CE MÉNAGE? SI 'NON', INSCRIRE '2' DANS LA CASE DE DROITE.</p> <p>SI 'OUI': VÉRIFIER TABLEAU 35A POUR LA SÉLECTION DES FEMMES ÉLIGIBLES À LA SECTION SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE". LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? SI 'OUI', INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE, SI 'NON', INSCRIVEZ '2'.</p>	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE																																		
	1	2	3	VISITE FINALE																														
DATE	_____	_____	_____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">JOUR</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MOIS</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>ANNÉE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSULTAT*</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					NOM	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>					RÉSULTAT*	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>				
JOUR	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
MOIS	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
ANNÉE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
NOM	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
RÉSULTAT*	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td><td style="width:25%;"></td></tr> </table>																																	
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES																														
HEURE	_____	_____		<input style="width: 30px; height: 20px;" type="checkbox"/>																														
<p>*CODES RÉSULTAT:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:25%;">1 REMPLI</td> <td style="width:25%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width:25%;">7 AUTRE _____</td> <td style="width:25%;"></td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 REMPLI PARTIELLEMENT</td> <td align="right">(PRÉCISER)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____		2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)		3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ																				
1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____																																
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)																																
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ																																	

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

<p>CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS</p> <p>Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. 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 pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.</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 RÉPONDRE1</p>	<p>L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS..... 2 → FIN</p>

N°.	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 la Capitale, au Cap-Haïtien, Les Cayes, Gonaïves, dans une autre ville ou bouk, à la campagne ou à l'étranger?	CAPITALE 1 CAP-HAÏTIEN/CAYES/GONAÏVES 2 AUTRES VILLES/BOUK 3 CAMPAGNE 4 ÉTRANGER 5													
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> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> TOUJOURS 95 VISITEUR 96					↙ 105								
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans la Capitale, au Cap-Haïtien, Les Cayes, Gonaïves, dans une autre ville ou bouk, à la campagne ou à l'étranger?	CAPITALE 1 CAP-HAÏTIEN/CAYES/GONAÏVES 2 AUTRES VILLES/BOUK 3 CAMPAGNE 4 ÉTRANGER 5													
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> <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> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NSP ANNÉE 9998													
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>													

<p>SI L'ENQUÊTÉE A MOINS DE 15 ANS OU PLUS DE 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW ET EFFECTUER LES CORRECTIONS APPROPRIÉES DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE</p>
--

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON.....2	→111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE1 SECONDAIRE2 SUPÉRIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevé à ce niveau? *	CLASSE <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE.....3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT.....4 _____ (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)? ²	OUI1 NON.....2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ▼	CODE '1' 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 JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
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 JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
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 JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
116A	Est-ce que vous servez les "ginen" ou n'importe quelle autre "lwa"?	OUI1 NON.....2	
117	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ADVENTISTE/TÉMOIN DE J.2 VAUDOISANT.....3 PAS DE RELIGION4 AUTRE.....6 (PRÉCISER)	

* CODES POUR Q. 109 (CLASSE/ANNÉE)

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13°/Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12°/CP1/1° an. NON ACHEVÉ 1= 12°/CP1/1° an. 2= 11°/CP2/2° an. 3= 10°/CE1/3° an. 4= 9°/CE2/4° an. 5= 8°/CM1/5° an. 6= 7°/CM2/6° an.	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 6° 2= 5° 3= 4° 4= 3° 5= 2° 6= Rétho 7= Philo	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 1° année. 2= 2° année 3= 3° année 4= 4° année ou plus

SECTION 2: REPRODUCTION

N ^o .	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?	OUI1 NON.....2	→206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI1 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?	OUI1 NON.....2	→206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI1 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 NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→226								

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

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	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"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	
02	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
03	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
08	SIMP....1 MULT...2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI..... 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
-----	-----	-----	-----	-----	--------------------	------------------	-------------------	-------------------	-----

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

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI..... 1 NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER, PUIS VÉRIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1995 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? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ..... 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né?	OUI 1 NON..... 2	→ 236
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 1995 OU PLUS TARD ▼ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE <input type="text"/> AVANT JAN. 1995		→ 235A
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
232A	Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué?	OUI 1 NON..... 2	→ 233
232B	Avez-vous décidé, vous-même, d'avoir cet avortement, ou avez-vous été poussée ou forcée par quelqu'un d'autre à avoir cet avortement?	A DÉCIDÉ ELLE-MÊME 1 QUELQU'UN AUTRE 2 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
232C	Pouvez-vous me dire quelle procédure a été utilisée pour terminer cette grossesse?	DILATATION & CURETAGE 1 ASPIRATION 2 CESARIENNE 3 MÉTHODE TRADITIONNELLE 4 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
232D	Avez-vous eu des complications, comme, par exemple, des saignements ou une infection à la suite de cet avortement?	OUI 1 NON..... 2	→ 233
232E	Avez-vous demandé des conseils ou avez-vous recherché des soins ou un traitement lorsque vous avez eu ces complications?	OUI 1 NON..... 2	→ 233

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
232F	<p>Où êtes-vous allée ou qui avez-vous vu pour rechercher des conseils, un traitement ou des soins?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UN DISPENSAIRE. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT.....A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....B SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE.....C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....E CABINET MÉDECIN PRIVÉ.....F PHARMACIE.....G SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE.....H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....J MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE.....K AGENT DE SANTÉ/INFIRMIÈRE/ AUXILIAIRE/SAGE -FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE.....L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTE/GUÉRISSEUR/ MÉDECIN-FEUILLE/ OUGAN/MAMBO.....M PARENT(E)S/AMI(E)S.....N AUTRE.....X (PRÉCISER)</p>									
233	<p>Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	<p>→236</p>								
235A	<p>En tout, combien avez-vous eu d'avortements provoqués au cours de votre vie?</p> <p>SI "AUCUN", ENREGISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									
236	<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 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... SEMAINES.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... MOIS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... ANNÉES.....4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE.....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE RÈGLES.....996</p>									
237	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours pendant lesquels une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8</p>	<p>→301</p>								
238	<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 PENDANT LES RÈGLES.....2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES.....4 AUTRE.....6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....8</p>									

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

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

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→328
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"/>		→328
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→328
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU/STÉRILET D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN. J MAMA K CONTINENCE PÉRIODIQUE L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER)	→313 →316A →312D →316A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
312A	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment? SI LA BOÎTE EST MONTRÉE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA MARQUE	PILPLAN 1 MINIGYNON 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) BOÎTE NON MONTRÉE 8	→312C
312B	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment? SI OUI: Quel est ce nom?	PILPLAN 1 MINIGYNON 2 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM 8	
312C	Combien vous coûte une boîte de pilules? NOTER LE PRIX POUR 1 CYCLE/MOIS EN GOURDES.	PRIX EN GOURDES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 996 NE SAIT PAS 998	→316A
312D	Connaissez-vous le nom commercial d'injection que vous avez eu la dernière fois? SI OUI: Quel est ce nom?	CONFIANCE 1 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM 8	→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>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-316 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE.....12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE.....22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ24 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE.....31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE.....32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....33 MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE41 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 98</p>	
314	<p>VÉRIFIER 311:</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants? 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>OUI1 NON2 NE SAIT PAS 8</p>	
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	
316A	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	
317	<p>VÉRIFIER 316/316A:</p> <p>L'ANNÉE EST 1995 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>L'ANNÉE EST AVANT 1995 <input type="checkbox"/></p>		→326
317A	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE01 STÉRILISATION MASCULINE02 PILULE03 DIU/STÉRILET04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN ...10 MAMA.11 CONTINENCE PÉRIODIQUE12 RETRAIT13 AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→322 →330 →319A }→330</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.317A) quand vous avez commencé à l'utiliser?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ24 PHARMACIE25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL33 MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE41 AGENT DE SANTÉ/PROMOTEUR42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE43 AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉ51 MARCHAND AMBULANT52 PARENT(E)/AMI(E)S53 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
319A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)? SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)		
320	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PILULE03 DIU/STÉRILET04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN.10 MAMA.11	→ 327 } → 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.317A) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319). 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?	OUI1 NON 2	→ 325
323	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI1 NON 2	
325	Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 319). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?	OUI1 NON 2	
326	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE01 STÉRILISATION MASCULINE02 PILULE03 DIU/STÉRILET04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN.10 MAMA.11 CONTINENCE PÉRIODIQUE12 RETRAIT13 AUTRE MÉTHODE 96	→ 330 → 330 → 330 → 330 } → 330

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	<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 MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE.....21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ24</p> <p>PHARMACIE.....25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE.....31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....33</p> <p>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/PROMOTEUR42</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE43</p> <p>AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ.....51</p> <p>MARCHAND AMBULANT.....52</p> <p>PARENT(E)/AMI(E)S.....53</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→330</p>
328	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→330</p>
329	<p>Quel est cet endroit?¹</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 MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE.....21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ24</p> <p>PHARMACIE.....25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE.....31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.....32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL.....33</p> <p>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/PROMOTEUR42</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE43</p> <p>AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ.....51</p> <p>MARCHAND AMBULANT.....52</p> <p>PARENT(E)/AMI(E)S.....53</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
330	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale.?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	
331	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	<p>→332A</p>
332	<p>Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
332A	Au cours des trois derniers mois, avez-vous eu une injection pour une raison quelconque?	OUI.....1 NON 2	→401
332B	Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS..... <input type="text"/> CHAQUE JOUR95	
332C	La dernière fois que vous avez eu une injection, qu'est ce qui a été utilisé, une seringue neuve que vous avez déballé ou que l'on a déballée devant vous, ou une seringue qui avait déjà été utilisée?	SERINGUE NEUVE1 SERINGUE DÉJÀ UTILISÉE2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 1995 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 1995 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→486
402 INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1995. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 <input type="text"/>	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT1 (PASSER À 407)← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS3 (PASSER À 407)←	À CE MOMENT1 (PASSER À 422)← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS3 (PASSER À 422)←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES2 <input type="text"/> NE SAIT PAS998	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES2 <input type="text"/> NE SAIT PAS998
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.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN..... A INFIRMIER(E) B AUXILIAIRE..... C MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL AGENT DE SANTÉ D SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE..... E TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTE..... F GUÉRISSEUR/MÉDECIN- FEUILLE/OUGAN/MAMBO G PARENT(E)S/AMI(E)S H AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y (PASSER À 415)←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
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)	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	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 PAS8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS8	
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras ou à l'épaule pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire la maladie du corps raide?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À 416)←----- NE SAIT PAS8	
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
416	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI 1 NON.....2 (PASSER À 418)←----- NE SAIT PAS8	
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour y voir à la lumière du jour?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS8	
419	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL]?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS8	
422	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 MOYEN3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE...4 TRÈS PETIT5 NE SAIT PAS8	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ..2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE...4 TRÈS PETIT5 NE SAIT PAS8
423	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI 1 NON.....2 (PASSER À 425)←----- NE SAIT PAS8	OUI 1 NON.....2 (PASSER À 425)←----- NE SAIT PAS8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
424	<p>Combien (NOM) pesait-il/elle?</p> <p>ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.</p> <p>SI LE POIDS EST DONNÉ EN FRACTION DE LIVRES, CONVERTIR EN ONCES: 1/4 LIVRE = 04 ONCES 1/2 LIVRE = 08 ONCES 3/4 LIVRE = 12 ONCES</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE CONNAÎT LE NOMBRE DE LIVRES MAIS PAS CELUI D'ONCES, ENREGISTRER '98' POUR LES DÉCIMALES APRÈS LES LIVRES</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE CONNAÎT LE NOMBRE DE KILOS MAIS PAS CELUI DE GRAMMES, ENREGISTRER '998' POUR LES DÉCIMALES APRÈS LES KILOS</p>	<p>LIVRES ET ONCES DU... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>LIVRES ET ONCES DE... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KILOS ET GRAMMES... 3 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KILOS ET GRAMMES... 4 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS9998</p>	<p>LIVRES ET ONCES DU... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>LIVRES ET ONCES DE... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KILOS ET GRAMMES... 3 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>KILOS ET GRAMMES... 4 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS9998</p>
425	<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>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE F</p> <p>AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>AGENT DE SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE F</p> <p>AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E)S G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>
426	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, 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</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 427A) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL MIXTE 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 427A) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 427A) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL MIXTE 41</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 427A) ←</p>
427	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____

427A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
427B	VÉRIFIER 426: LIEU DE L'ACCOUCHEMENT ?	MAISON '11' OU '12' <input type="checkbox"/> AUTRES CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À 432) <input type="checkbox"/>	MAISON '11' OU '12' <input type="checkbox"/> AUTRES CODES <input type="checkbox"/> OU AUTRE '96' <input type="checkbox"/> (PASSER À 432) <input type="checkbox"/>
428	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé, une sage-femme ou une matrone vous a examinée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ←	OUI 1 (PASSER À 434) ← NON 2
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC..... 1 <input type="text"/> SEMAIN. APRÈS ACC .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
430	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 AUXILIAIRE 13 MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL AGENT DE SANTÉ 21 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 22 TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTE 31 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, 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 MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 MATERNITÉ 23 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE. 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 MATERNITÉ 33 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL MIXTE 41 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 42 MATERNITÉ 43 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
432	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULES.	OUI 1 NON 2	
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 435) ← NON 2 (PASSER À 436) ←	
		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____

434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 438) ←
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
436	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- OU PAS SÛRE CEINTE (PASSER À 438) ←	
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 438A) ←	
438	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
438A	Dans les heures ou les jours qui ont suivi la naissance de (NOM) lui avez-vous donné à boire du lok?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
439	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) ←
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' H. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/>
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) ←
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 445) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 445) ← NON 2
443	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIV., OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUEST., OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/>
447	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
		DERNIÈRE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM

448	<p>Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu des aliments solides ou semi-solides ou des aliments comme de la purée, mais autres que des liquides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS.....8</p> <p style="text-align: right;">} →450</p>																				
449	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu : SI LE LIQUIDE NON DONNÉ, NOTER '0'. SI 7 FOIS OU +, NOTER '7' SI NSP, NOTER '8'.</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides tels qu'eau sucrée, infusion, café, boissons gazeuses, ou bouillons?</p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>a</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>b</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>c</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>d</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>e</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	a	<input type="text"/>	b	<input type="text"/>	c	<input type="text"/>	d	<input type="text"/>	e	<input type="text"/>											
a	<input type="text"/>																						
b	<input type="text"/>																						
c	<input type="text"/>																						
d	<input type="text"/>																						
e	<input type="text"/>																						
449A	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quels aliments autres que liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu : SI LE LIQUIDE NON DONNÉ, NOTER '0'. SI 7 FOIS OU +, NOTER '7' SI NSP, NOTER '8'.</p> <p>f Aliments à base de céréales comme mil, maïs, riz ou blé?</p> <p>g Giromon, igname jaune, courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>h Autres aliments à base de tubercules ou racines, comme des pommes de terre, igname blanche, manioc, cassave, ou amidon?</p> <p>i N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>j Mangues ou papayes?</p> <p>k Tout autre fruit ou légume comme des figes, bananes, haricots verts, avocats, tomates?</p> <p>l Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?</p> <p>m Autres aliments à base de légumes, comme des pois ou des pistaches?</p> <p>n Fromage ou yaourts?</p> <p>o Tout aliment préparé avec huile, lard ou beurre?</p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>f</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>g</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>h</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>i</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>j</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>k</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>l</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>m</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>n</td><td><input type="text"/></td></tr> <tr><td>o</td><td><input type="text"/></td></tr> </table>	f	<input type="text"/>	g	<input type="text"/>	h	<input type="text"/>	i	<input type="text"/>	j	<input type="text"/>	k	<input type="text"/>	l	<input type="text"/>	m	<input type="text"/>	n	<input type="text"/>	o	<input type="text"/>	
f	<input type="text"/>																						
g	<input type="text"/>																						
h	<input type="text"/>																						
i	<input type="text"/>																						
j	<input type="text"/>																						
k	<input type="text"/>																						
l	<input type="text"/>																						
m	<input type="text"/>																						
n	<input type="text"/>																						
o	<input type="text"/>																						
450		<p>RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>	<p>RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 451.</p>																				

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ

451	INSCRIRE LE N° DE LIGNE, NOM, ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 1995 OU PLUS TARD. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 <input type="text"/>	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212 <input type="text"/>
453	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 453, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 481)
454	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
455	Avez-vous un carnet ou une carte de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ² SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARTE 3	OUI, VU 1 (PASSER À 457) ← OUI, PAS VU 2 (PASSER À 459) ← PAS DE CARTE 3
456	Avez-vous déjà eu un carnet ou une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 459) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 459) ← NON 2
457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE/DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET/CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.		
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE
	BCG	BCG <input type="text"/>	BCG <input type="text"/>
	POLIO 0 (à la naissance)	P0 <input type="text"/>	P0 <input type="text"/>
	POLIO 1	P1 <input type="text"/>	P1 <input type="text"/>
	POLIO 2	P2 <input type="text"/>	P2 <input type="text"/>
	POLIO 3	P3 <input type="text"/>	P3 <input type="text"/>
	DTPER 1	D1 <input type="text"/>	D1 <input type="text"/>
	DTPER 2	D2 <input type="text"/>	D2 <input type="text"/>
	DTPER 3	D3 <input type="text"/>	D3 <input type="text"/>
	Rougeole	ROUG <input type="text"/>	ROUG <input type="text"/>
	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	VIT. A <input type="text"/>	VIT. A <input type="text"/>
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTPER 1-3, ET/OU ROUGEOLE. ¹	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463) ← NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463) ← NON 2 (PASSER À 463) ← NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet/carte, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTPER 1-3, ET/OU ROUGEOLE. ¹	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463)← NON 2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) (PASSER À 463)← NON 2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS 8
459	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 de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463)← NE SAIT PAS 8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460E)← NE SAIT PAS 8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE.... 1 PLUS TARD 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE.... 1 PLUS TARD 2
460D	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"/>
460E	La vaccination du DTPER, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou au bras, donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460G)← NE SAIT PAS 8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460G	Une injection contre la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466)← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466)← NE SAIT PAS 8
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
466	VÉRIFIER 463 ET 464: FIÈVRE OU TOUX?	"OUI" À 463 OU AUTRE <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> (PASSER À 472)	"OUI" À 463 OU AUTRE <input type="checkbox"/> 464 <input type="checkbox"/> (PASSER À 472)
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux/ fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 468A)←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 468A)←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTATA CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIREB SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUEC CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRED CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ...E INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE.....F PHARMACIEG SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL MIXTEH CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIREI MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILEJ AGENT DE SANTÉK SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTEL TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTEM GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBON AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉO MARCHAND AMBULANTP AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTATA CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIREB SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUEC CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRED CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ...E INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE.....F PHARMACIEG SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL MIXTEH CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIREI MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILEJ AGENT DE SANTÉK SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTEL TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTEM GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBON AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉO MARCHAND AMBULANTP AUTRE _____ X (PRÉCISER)
468A	VÉRIFIER 464: A EU DE LA TOUX?	"OUI" À 464 <input type="checkbox"/> "NON"/"NSP" À 464 <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 469)	"OUI" À 464 <input type="checkbox"/> "NON"/"NSP" À 464 <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 469)
468B	Est-ce que (NOM) a reçu quelque chose pour traiter la toux? SI OUI: Qu'a-t-il/elle reçu? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTIONB (I.V.) INTRAVEINEUSEC REMÈDES FEUILLED AUTRE _____ X (PRÉCISER) NON/RIENY	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTIONB (I.V.) INTRAVEINEUSEC REMÈDES FEUILLED AUTRE _____ X (PRÉCISER) NON/RIENY
469	VÉRIFIER 463: A EU DE LA FIÈVRE?	"OUI" À 463 <input type="checkbox"/> "NON"/"NSP" À 463 <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 472)	"OUI" À 463 <input type="checkbox"/> "NON"/"NSP" À 463 <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 472)
470	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 472) ← NE SAIT PAS 8
471	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ? ENREGISTRER 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 UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.	CHLOROQUINEA ASPIRINEC TYLENOL/PARACETAMOLB IBUPROFENC AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PASZ	CHLOROQUINEA ASPIRINEC TYLENOL/PARACETAMOLB IBUPROFENC AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PASZ

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
472	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) ← NE SAIT PAS 8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné 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
474	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER... 6 NE SAIT PAS 8
475	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire? Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral, de sel lavi ou du pédialite? Un liquide maison recommandé et préparé avec de l'eau du sel et du sucre?	OUI NON NSP LIQUIDE SÉRUM ORAL ... 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SÉRUM ORAL ... 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) ← NE SAIT PAS 8
477	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTIONB (I.V.) INTRAVEINEUSE.....C REMÈDE FEUILLED AUTRE _____ X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROPA INJECTION.....B (I.V.) INTRAVEINEUSE.....C REMÈDE FEUILLE.....D AUTRE _____ X (PRÉCISER)
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
479	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE B SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE D CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ... E INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE F PHARMACIE G SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL MIXTE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE I MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTE M GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO N AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBULANT P AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE B SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE D CABINET DE MÉDECIN PRIVÉ... E INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE F PHARMACIE G SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL MIXTE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE I MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MATRONE SANS BOÎTE M GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLE OUGAN/MAMBO N AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBULANT P AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
480		<p>RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.</p>	<p>RETOURNER À 453 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
481	VÉRIFIER 453, TOUTES LES COLONNES: NOMBRE D'ENFANTS VIVANTS NÉS EN 1995 OU PLUS TARD UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		→486																								
485	VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SÉRUM ORAL OU 475a NON POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SÉRUM ORAL <input type="checkbox"/>		→487																								
486	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé sérum oral ou sel lavi ou pédiatrite que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2																									
487	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→489																								
488	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider d'amener l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND 3 ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ MALADE 4	→489																								
488A	Si (votre enfant/l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider d'amener l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND 3																									
489	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les questions suivantes constituent, pour vous, un problème ou pas de problème? Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Distance à un établissement de santé. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Il n'y a peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME</th> <th>PAS DE PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OÙ ALLER</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>PERMIS-SION</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>PAS SEULE</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> <tr> <td>SEXE FÉM.</td> <td>.....1</td> <td>.....2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME	PAS DE PROBLÈME	OÙ ALLER12	PERMIS-SION12	ARGENT12	DISTANCE12	TRANSPORT12	PAS SEULE12	SEXE FÉM.12	
	PROBLÈME	PAS DE PROBLÈME																									
OÙ ALLER12																									
PERMIS-SION12																									
ARGENT12																									
DISTANCE12																									
TRANSPORT12																									
PAS SEULE12																									
SEXE FÉM.12																									
492	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, CIGARE, AUTRE TABAC C NON Y																									
492A	Est-ce que vous chiquez ou prenez du tabac?	OUI 1 NON 2																									
493	VÉRIFIER 492: CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→494A																								
494	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES <input type="text"/>																									

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée, placée, vivavek ou vivez-vous avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉE 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME 4 NON, PAS EN UNION 5	} →505
502	Avez-vous déjà été mariée, placée, vivavek ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉE/ PLACÉE/VIVAVEK 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→507 →514
503	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	} →507
505	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur": vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	→506
505A	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur": vit dans la même localité que vous ou dans une autre localité?	MÊME LOCALITÉ 1 AUTRE LOCALITÉ 2 NE SAIT PAS 8	→506 →506
505B	Où vit votre mari/partenaire/"monsieur": (à Port-au-Prince), dans une autre ville, dans un autre village, ou à l'étranger?	PORT-AU-PRINCE 1 AUTRE VILLE 2 AUTRE VILLAGE 3 ÉTRANGER 4 NE SAIT PAS 8	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE (IL NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE), ENREGISTRER '00'.	NOM _____ No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
506A	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur" a d'autres femmes en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2 NSP 8	} →507
506B	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→507
507	Avez-vous été mariée, placée, vivavek, ou avez-vous vécu avec un "monsieur" une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
508	VÉRIFIER 507: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>EN UNION SEULEMENT UNE FOIS</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à être avec votre mari/partenaire/"monsieur"?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>EN UNION PLUS D'UNE FOIS</p> <p>↓</p> <p>Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire/"monsieur". En quel mois et quelle année avez-vous commencé à être avec lui?</p> </div> </div>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	→514
509	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à être avec lui ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale? Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez déjà eus)?	JAMAIS.....00 ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À ÊTRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE95			→524						
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? ENREGISTRER EN [NOMBRE D'ANNÉES] SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES	NOMBRE DE JOURS..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE DE MOIS..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NOMBRE D'ANNÉES..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									→524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI1 NON.....2	→517								
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE.....2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8									
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels? SI "RENMEN", "FIANCÉ" OU "AMI", DEMANDER: Votre fiancé/ami/ partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui? SI "OUI", ENREGISTRER [1' SI "NON", ENREGISTRER [2'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT1 C'EST MON VIVAVEK/AMI/FIANCÉ2 C'EST UN AUTRE AMI3 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL4 C'EST UN PARENT5 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION)6 AUTRE 7 (PRÉCISER)	→519								
518	Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme? OU Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?	JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre?	OUI1 NON.....2	→523A								
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec un autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI1 NON.....2	→521								
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE.....2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS8									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
521	<p>Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?</p> <p>SI "RENMEN", "FIANCÉ" OU "AMI", DEMANDER:</p> <p>Votre fiancé/ami/ partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER [1] SI "NON", ENREGISTRER [2]</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1</p> <p>C'EST MON VIVAVEK/AMI/FIANCÉ 2</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 3</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4</p> <p>C'EST UN PARENT 5</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) 6</p> <p>AUTRE 7 (PRÉCISER)</p>	→522A
522	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p> <p>OU</p> <p>Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
522A	Mis à part ces deux hommes, avez- vous des relations sexuelles avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→523A
522B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, un condom a-t-il été utilisé?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→522D
522C	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	<p>ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA 1</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3</p> <p>N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES 4</p> <p>PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ 5</p> <p>AUTRE 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
522D	<p>Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?</p> <p>SI "RENMEN", "FIANCÉ" OU "AMI", DEMANDER:</p> <p>Votre fiancé/ami/ partenaire vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER [1] SI "NON", ENREGISTRER [2]</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 1</p> <p>C'EST MON VIVAVEK/AMI/FIANCÉ 2</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI 3</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL 4</p> <p>C'EST UN PARENT 5</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION) 6</p> <p>AUTRE 7 (PRÉCISER)</p>	→523
522E	<p>Depuis combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p> <p>OU</p> <p>Pendant combien de temps avez-vous des relations sexuelles avec cet homme?</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
523	En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des relations sexuelles au cours des 12 derniers mois?	NOMBRE DE PARTENAIRES	
523A	Vous est-il déjà arrivé de recevoir de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→524
523B	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs, un condom a-t-il été utilisé?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
524	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→526A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE CLINIQUE. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE B SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E CABINET MÉDECIN PRIVÉ F PHARMACIE G SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ/PROMOTEUR L SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE M AUTRE PRIVÉ NON MÉDICAL BOUTIQUE/MARCHÉ N MARCHAND AMBULANT O PARENT(E)S/AMI(E)S P AUTRE X (PRÉCISER)</p>	
526	<p>Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/N'EST PAS SÛRE 8</p>	
526A	<p>Connaissez-vous le nom d'une marque de condom?</p> <p>SI OUI: Quelle marque connaissez-vous?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PANTÉ A LOVERS PLUS B ROUGH RIDER C PRIME D CONDOM SANS NOM/GRATUIT E AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
527	<p>Maintenant, je voudrais vous lire certaines déclarations sur l'utilisation du condom que d'autres personnes ont faites. Pourriez-vous me dire si vous êtes d'accord ou non avec chacune de ces déclarations?</p> <p>a) Un condom diminue le plaisir sexuel.</p> <p>b) Une femme est offensée si un homme utilise un condom.</p> <p>c) Un condom n'est pas pratique à utiliser.</p> <p>d) Un condom peut abîmer le sexe de la femme (gate nati).</p> <p>e) Un condom peut être réutilisé.</p> <p>f) Un homme devrait utiliser un condom si la femme le lui demande.</p>	D'ACCORD	PAS D'ACCORD	NE SAIT PAS/SANS OPINION	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
528	VÉRIFIER 514 ET 515: JOURS OU SEMAINES ENREGISTRÉS À 515 OU <input type="checkbox"/> NOMBRE DE MOIS INFÉRIEUR À 3 <input type="checkbox"/> ▼	CODE '00' À 514, OU ANNÉES ENREGISTRÉ À 515, <input type="checkbox"/> OU NOMBRE DE MOIS ÉGAL OU SUPÉRIEUR À 3	→601
529	VÉRIFIER 311, 516, 520, 522B ET 523B: CODE 'G' À 311 ET/OU AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' À 516, 520, 522B OU 523B A DÉJÀ UTILISÉ UN CONDOM ▼	PAS DE CODE 'G' À 311 ET AUCUN 'OUI' À 516, 520, 522B OU 523B: N'A JAMAIS UTILISÉ CONDOM	→601
530	Connaissez-vous le nom de la marque de condom qui a été utilisé la dernière fois? SI OUI: Quelle est cette marque?	PANTÉ.....11 LOVERS PLUS.....12 ROUGH RIDER.....13 PRIME.....14 CONDOM SANS NOM/GRATUIT.....15 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS.....98	
531	La dernière fois que vous avez utilisé un condom, vous êtes-vous procuré les condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ.....1 PARTENAIRE A FOURNI.....2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI.....3	→533
532	Combien avez-vous payé pour les condoms? ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN GOURDES	PRIX 3 CONDOMS/GOURDES .. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CADEAU/GRATUIT.....96	
533	Au cours des trois derniers mois avez-vous utilisé un condom de façon régulière au cours de tous vos rapports sexuels, quel que soit le partenaire?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p style="text-align: center;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> </p>		→614
602	<p>VÉRIFIER 226:</p> <p style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant?</p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN 2</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3</p> <p>INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE 4</p> <p>INDÉCISE/ NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE 5</p>	→604 →614 →610 →608
603	<p>VÉRIFIER 226:</p> <p style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS 1 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>ANNÉES 2 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>BIENTÔT/MAINTENANT 993</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994</p> <p>APRÈS MARIAGE 995</p> <p>AUTRE 996 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	→609 →614 →609
604	<p>VÉRIFIER 226:</p> <p style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </p>		→610
605	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> </p>		→608
606	<p>VÉRIFIER 603:</p> <p style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01ANNÉE <input type="checkbox"/> </p>		→610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NON MARIÉEA</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>SOUS-FÉCONDE//STÉRILEE</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUMF</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 OPPOSÉESK</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 UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT 1</p> <p>PETIT PROBLÈME 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEX. 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 614
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 612
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS ENCORE 98</p>	→ 614

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
620	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIREA MÈREB PÈREC SOEUR(S)D FRÈRES(S)E FILLEF FILSG BELLE-MÈREH AMI(E)S/VOISIN(E)SI AUTRE _____X (PRÉCISER)	
621	<p>VÉRIFIER 501:</p> <p>CODES 1, 2, 3 OU 4 À Q.501 ACTUELLEMENT EN UNION OU VIT/EST AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 5 À Q.501 ACTUEL. PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→625
621A	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>N'IMPORTE QUEL CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→622
621B	<p>Vous m'avez dit que vous utilisez actuellement la contraception. Diriez-vous que la décision d'utiliser la contraception vient principalement de vous-même, principalement de votre mari/partenaire/"monsieur", ou avez-vous décidé ensemble?</p>	PRINCIPALEMENT ENQUÊTÉE 1 PRINCIPAL. MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
622	<p>Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/partenaire/"monsieur" en matière de planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre mari/partenaire/"monsieur" approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?</p>	APPROUVE 1 DÉSAPPROUVE 2 NE SAIT PAS 8	
623	<p>Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire/"monsieur"?</p>	JAMAIS 1 UNE OU DEUX FOIS 2 PLUS SOUVENT 3	
623A	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p>		→625
624	<p>Pensez-vous que votre mari/partenaire/"monsieur" veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?</p>	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	
625	<p>L'homme et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est normal qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari/partenaire quand:</p> <p>Elle sait que son mari/partenaire a une maladie sexuellement transmissible?</p> <p>Elle sait que son mari/partenaire a des rapports sexuels avec d'autres femmes?</p> <p>Elle a accouché récemment?</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p> IL A UNE MST 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR.... 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	<input type="text"/> <input type="text"/> <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 TERRE1 TERRE DE LA FAMILLE2 TERRE LOUÉE3 TERRE DE MOITIÉ4 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE5																									
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 FAMILLE1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE2 À SON COMPTE3																									
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN TEMPS3																									
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT3 PAS PAYÉE4	↙718																								
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5																									
717	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, une partie, la totalité ou presque la totalité?	RIEN1 PRESQUE RIEN2 UNE PARTIE3 TOTALITÉ/PRESQUE TOTALITÉ4																									
718	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2																									
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE</th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÉS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.	ENFANTS <10	1	2	8	MARI	1	2	8	AUTRES HOMMES	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8					
	PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.																								
ENFANTS <10	1	2	8																								
MARI	1	2	8																								
AUTRES HOMMES	1	2	8																								
AUTRES FEMMES	1	2	8																								
721	Parfois un homme est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un homme frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Si elle sort sans le lui dire?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle néglige les enfants?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle discute ses opinions?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>Si elle brûle la nourriture?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Si elle sort sans le lui dire?	1	2	8	Si elle néglige les enfants?	1	2	8	Si elle discute ses opinions?	1	2	8	Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?	1	2	8	Si elle brûle la nourriture?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
Si elle sort sans le lui dire?	1	2	8																								
Si elle néglige les enfants?	1	2	8																								
Si elle discute ses opinions?	1	2	8																								
Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui?	1	2	8																								
Si elle brûle la nourriture?	1	2	8																								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
721A	<p>De temps en temps, les enfants peuvent refuser de faire ce que l'on dit ou peuvent énerver les adultes pour diverses raisons.</p> <p>À votre avis, est-il normal qu'en ces occasions, on donne une gifle ou une fessée aux enfants?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS/SANS OPINION8</p>	
721B	<p>VÉRIFIER 216:</p> <p>A DES EN-FANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'EN-FANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Personnellement, vous arrive-t-il souvent ou de temps en temps de donner une gifle ou une fessée à votre/vos enfants ou à d'autres enfants ou cela ne vous est jamais arrivé?</p> <p>Personnellement, vous arrive-t-il souvent ou de temps en temps de donner une gifle ou une fessée à des enfants ou cela ne vous est jamais arrivé?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>JAMAIS 3</p>	
721C	<p>Les gens ont des opinions très diverses sur la façon d'éduquer les enfants et de les discipliner.</p> <p>À votre avis, est-il normal d'utiliser, de façon régulière, des châtimets corporels, comme le fouet, pour faire obéir les enfants?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS/SANS OPINION8</p>	
721D	<p>VÉRIFIER 216:</p> <p>A DES EN-FANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'EN-FANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Personnellement, vous arrive-t-il régulièrement ou parfois de donner des châtimets corporels, comme le fouet, à votre/vos enfants ou à d'autres enfants ou cela ne vous est jamais arrivé?</p> <p>Personnellement, vous arrive-t-il régulièrement ou parfois de donner des châtimets corporels, comme le fouet, à des enfants ou cela ne vous est jamais arrivé?</p>	<p>SOUVENT 1</p> <p>PARFOIS 2</p> <p>JAMAIS 3</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
811A	Est-ce qu'on peut contracter le SIDA par envoûtement ou sorcellerie?	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	
812	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	↳813B
813A	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis: Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NONNSP DURANT GROSSESSE 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM. 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT 1 2 8	
813B	Selon vous, courez-vous des risques importants, des risques moyens, des risques faibles ou pas de risques du tout de contracter le virus qui cause le SIDA?	IMPORTANTES1 MOYENS2 FAIBLES3 PAS DE RISQUESDU TOUT4 A LE SIDA.....5	↳813D →818
813C	VÉRIFIER 813B: RISQUES FAIBLES <input type="checkbox"/> Pourquoi pensez-vous que vos risques de contracter le virus qui cause le SIDA sont faibles? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PAS DE RISQUE DU TOUT <input type="checkbox"/> Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque de contracter le virus qui cause le SIDA? S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX. A UTILISE CONDOMS B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/FIDÈLE PARTEN. C LIMITE LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D PARTENAIRE EST FIDÈLE E ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DROGUES I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG J ÉVITE INJECTIONS K ÉVITE D'EMBRASSER L ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES M EST PROTÉGÉ PAR DIEU/GUÉRISSEURS/OUGAN/MAMBO N ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES O AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	↳813E
813D	VÉRIFIER 813B: RISQUES MOYENS <input type="checkbox"/> Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques moyens de contracter le virus qui cause le SIDA? Y a-t-il d'autres raisons? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RISQUES IMPORTANTS <input type="checkbox"/> Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques importants de contracter le virus qui cause le SIDA? N'UTILISE PAS CONDOMS B NE LIMITE PASRAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/NE RESTE PAS FIDÈLE À 1 SEUL PARTENAIRE C A DE NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS D PARTENAIRE EST INFIDÈLE..... E SE PROSTITUE F A RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G A RAP. AVEC HOMOSEXUELS H A RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DE DROGUES I A DES TRANSFUSIONS SANG J A DES INJECTIONS..... K EMBRASSE L SE FAIT PIQUER PAR MOUSTIQUES... M EST ENVOUTÉ PAR OUGAN/MAMBO ... N PARTAGE RASOIRS/LAMES O AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813E	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous fait quelque chose pour vous protéger contre le virus qui cause cette maladie?	OUI1 NON.....2	→814
813F	Qu'avez-vous fait? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX. A UTILISE DES CONDOMS B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITE LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS..... D DEMANDE AU PARTENAIRE D'ÊTRE FIDÈLE E ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES . G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSON. QUI ONT INJECTIONS DROGUES..... I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG..... J ÉVITE INJECTIONS..... K ÉVITE D'EMBRASSER L ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES M CHERCHER PROTECTION DE DIEU/ GUÉRISSEURS/ OUGAN/MAMBO N ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES O AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS..... Z	
814	VÉRIFIER 501A ET 504B: CODES 1, 2 OU 3 À Q.501A OU CODES 1, 2, 3 OU 4 À Q.504B ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/>	NON, À Q.501A ET Q.504B NON POSÉE ACTUEL. PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→815A
815	Avez-vous déjà parler des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari/partenaire/"monsieur"?	OUI1 NON.....2	
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: À la radio ? À la télévision? Dans les journaux? Sur des affiches?	ADMIS- PAS SIBLE ADMIS- SIBLE À LA RADIO..... 1 2 À LA TV 1 2 DANS LES JOURNAUX ... 1 2 SUR DES AFFICHES 1 2	
816	Si une personne apprend qu'elle est infecté par le virus qui cause le SIDA, cette personne devrait-elle être autorisée à garder son état secret ou cette information devrait-elle être communiquée à la communauté?	PEUT ÊTRE GARDÉ SECRET1 COMMUNIQUÉ À LA COMMUNAUTÉ2 NSP/PAS SÛRE8	
817	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND.....8	
817A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI1 NON.....2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND.....8	
817C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI1 NON.....2	→817FX
817D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI1 NON.....2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
817E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI1 NON2	→818
817F	Où pouvez-vous aller pour ce test?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTATA CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)B	
817FX	Où êtes vous allée pour ce test? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUEC CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)D CLINIQUE PLANNING FAMILIALE MÉDECIN/LABO. PRIVÉ.....F SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUEG CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)H CLINIQUE PLANNING FAMILIALI AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
818	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI1 NON2	→820BA
819	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALESA ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/B ÉCOULEMENT MALODORANTC BRÛLURES URINAIRES.....D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALEE GONFLEMENT ZONE GÉNITALEF PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL.....G VERRUE GÉNITALEH SANG DANS LES URINESI PERTE DE POIDSJ IMPUISSANCEK AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES.....Y NE SAIT PAS.....Z	
820	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection? Aucun autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALESA ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALESB PERTES MALODORANTESC BRÛLURES URINAIRES.....D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALEE GONFLEMENT ZONE GÉNITALEF PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL.....G VERRUE GÉNITALEH SANG DANS LES URINESI PERTE DE POIDSJ INCAPACITÉ DONNER NAISSANCE.....K AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔMES.....Y NE SAIT PAS.....Z	
820A	VÉRIFIER 514: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→901

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
820B	Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→820C
820BA	VÉRIFIER 514: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→901
820C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→820D
820CA	Lorsque vous avez eu des pertes vaginales, Est-ce que les pertes étaient malodorantes? Est-ce que les pertes étaient accompagnées de brûlures, de prurit, de la fièvre, ou de douleurs abdominales basses ou lombaires non associées aux règles?	OUI NON MALODORANT 1 2 AUTRES SIGNES 1 2	
820D	Parfois, les femmes peuvent avoir 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	
820DA	VÉRIFIEZ 820B: 'NON' OU NSP À Q.820B <input type="checkbox"/>	'OUI' À Q.820B A EU UNE MST <input type="checkbox"/>	→820F
820DB	VÉRIFIEZ 820C ET 820CA: 'NON' OU NSP À Q.820C, OU 'OUI' À Q.820C, MAIS AUCUN 'OUI' À Q.820CA <input type="checkbox"/>	'OUI' À Q.820C ET, AU MOINS, 1 'OUI' À Q.820CA A EU UNE MST <input type="checkbox"/>	→820F
820DC	VÉRIFIEZ 820D: 'OUI' À Q.820D <input type="checkbox"/>	'NON' OU NSP À Q.820D <input type="checkbox"/>	→901
820F	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON..... 2	→820H
820G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 820B, 820C, 820D) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous.... Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un docteur feuille/ougan/mambo? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	OUI NON CLINIQUE OU HÔPITAL 1 2 OUGAN/ MAMBO 1 2 BOUTIQUE OU PHARMACIE 1 2 AMIS OU PARENTS..... 1 2	

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

SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE..... <input type="text"/>	
902	VÉRIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>		→1000A
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/>	

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant)?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2					
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [2]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [5]	OUI..... 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [7]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>					
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<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 913↙ NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 913↙ NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913↙ NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI..... 1 ALLER 913↙ NON 2	OUI 1 ALLER 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	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"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1000A							

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ2	MASCULIN ...1 FÉMININ2	MASCULIN .. 1 FÉMININ.....2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON..... 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [8]	OUI..... 1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI..... 1 NON2 ↳ ALLER 908 NSP8 ↳ ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 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?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<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 [10]	<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 913← NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913← NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI 1 ALLER 913← NON 2	OUI..... 1 ALLER 913← NON2	OUI 1 ALLER 913← NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI..... 1 NON2	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 DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1000A							

SECTION 10 - STATUT DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1000A	VÉRIFIER PAGE COUVERTURE: CE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LE 'STATUT DE LA FEMME'? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→1128
1001A	VÉRIFIER 501A, 501C, 502A, 504A ET 504B: ÉTAT MATRIMONIAL COCHER LA CASE APPROPRIÉE	'1', '2', '3' OU '4' À Q.501 ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> '1' À Q.503, VEUVE <input type="checkbox"/> '2' À Q.503: DIVORCÉE <input type="checkbox"/> '2' À 502 OU '3' À Q.503: SÉPARÉE/A ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/> 'NON' À Q.502: JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→1009A
1001B	VÉRIFIER 507: NOMBRE DE FOIS QUE L'ENQUÊTÉE A ÉTÉ EN UNION EN UNION UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> DANS LES QUESTIONS, IGNORER LES MOTS ENTRE PARENTHÈSES	A ÉTÉ EN UNION PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> 1) SI ACTUELLEMENT EN UNION OU SÉPARÉE: UTILISER LE MOT (ACTUEL) DANS LES QUESTIONS 2) SI ACTUELLEMENT DIVORCÉE OU VEUVE: UTILISER LE MOT (DERNIER) DANS LES QUESTIONS	
1002	J'aimerais vous poser quelques questions sur votre (actuel/dernier) mariage/union? Depuis combien de temps connaissiez-vous votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" quand vous vous êtes mariée/avez commencé à être avec lui?	MOINS D'UN MOIS1 1 MOIS À MOINS D'1 ANNÉE2 1 ANNÉE OU PLUS.....3 CONNAISSAIT DEPUIS ENFANCE4 AUTRE6 (PRÉCISER)	
1004	Qui a choisi votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur"?	ENQUÊTÉE A CHOISI 1 ENQUÊTÉE – MARI/PARTENAIRE CHOISIS MUTUELLEMENT 2 ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI 4 MARI/PARTENAIRE OU SA FAMILLE A CHOISI L'ENQUÊTÉE 5 QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI 6	} →1007
1005	Est-ce qu'on a demandé votre consentement lorsque votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" a été choisi pour vous, c'est-à-dire vous a-t-on demandé si vous vouliez ou non vous marier/vivre avec lui?	OUI1 NON.....2	
1007	VÉRIFIER 1001A : ÉTAT MATRIMONIAL ACTUELLEMENT EN UNIOIN <input type="checkbox"/> VEUVE/SÉPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/>		→1009A
1008	Vous arrive-t-il à vous et votre mari/partenaire de parler entre vous, souvent, parfois ou jamais, des choses suivantes:	SOU- PAR- VENT FOIS JAMAIS	
	Ce qui se passe au travail/à la ferme?	AU TRAVAIL..... 1 2 3	
	Ce qui se passe à la maison?	À LA MAISON..... 1 2 3	
	Dépenses à faire?	DÉPENSES 1 2 3	
	Ce qui se passe dans la communauté?	COMMUNAUTÉ..... 1 2 3	

1009A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats des choses importantes pour le ménage?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne si vous devez travailler pour gagner de l'argent?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009E	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les visites à la famille, aux amis ou parents?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009F	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne vos propres soins de santé?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1009G	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne l'utilisation de la contraception?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1010	VÉRIFIER 202, 204: A DES ENFANTS VIVANTS A UNE OU PLUS ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>		→1013
1011A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions sur la scolarisation de votre/vos enfant(s)?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1011B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions à prendre si un enfant tombe malade?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	
1011C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la façon de faire obéir les enfants?	ENQUÊTÉE1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE .6	

1011D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la décision d'avoir ou non un autre enfant?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE ... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE. 6	
1013	Maintenant j'aimerais avoir votre avis sur certains aspects de la vie du ménage. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou non avec chacune des déclarations suivantes: Dans le ménage, les importantes décisions, devraient être prises par les hommes du ménage. Si la femme travaille en dehors de la maison, alors le mari devrait l'aider dans les travaux domestiques. Une femme mariée ne devrait pas être autorisée à travailler en dehors de la maison, même si elle le veut. La femme a le droit d'exprimer son opinion si elle n'est pas d'accord avec ce que le mari lui dit. Une femme devrait supporter d'être battue par son mari dans le but de maintenir le ménage ensemble. C'est mieux de donner de l'instruction à un fils qu'à une fille.	D'AC- PAS D'AC- CORD CORD NSP DÉCISIONS PAR HOMME 1 2 8 MARI DOIT AIDER 1 2 8 NE PAS TRAVAILLER 1 2 8 EXPRIMER OPINION 1 2 8 ÊTRE BATTUE 1 2 8 INSTRUCTION GARÇON 1 2 8	
1014	VÉRIFIER 1001A : ÉTAT MATRIMONIAL EN UNION/ SÉPARÉE/ VEUVE/ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> DIVORCÉE/ JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> →1016		
1015	Est-ce que des parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous? SI OUI: Quel(s) parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PÈRE A MÈRE B FRÈRE(S) C SOEUR(S) D FEMME(FEMMES) DU/DES FRÈRE(S) E MARI DE(S) SOEUR(S) F AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN Y	
1016	Maintenant parlez-moi de votre propre famille d'origine. Est-ce que votre père est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1017	Est-ce que votre mère est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1018	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre père a atteint?	AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	└→1019
1018A	Votre père peut/pouvait-il lire un journal ou une lettre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1019	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre mère a atteint?	AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	└→1020
1019A	Votre mère peut/pouvait-elle lire un journal ou une lettre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

1020	Y a-t-il des membres de votre propre famille d'origine qui vivent suffisamment près pour que vous puissiez leur rendre visite et revenir à la maison dans la journée?	OUI..... 1 NON 2 VIVENT DANS MÊME MAISON 3	→1022																								
1021	Tous les combien rencontrez-vous ou parlez-vous à un membre de votre famille d'origine?	PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE.....01 ENVIRON UNE FOIS PAR SEMAINE02 PLUSIEURS FOIS PAR MOIS.....03 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ET PLUS D'UNE FOIS PAR AN05 ENVIRON UNE FOIS PAR AN OU MOINS06 JAMAIS07																									
1022	Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez un problème, y a-t-il quelqu'un de votre famille d'origine sur lequel vous pouvez compter pour: Vous héberger pour quelques nuits si vous en aviez besoin? Vous aider financièrement si vous en aviez besoin?	<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>HÉBERGER.....</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>AIDE FINANCIÈRE.....</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	HÉBERGER.....	1	2	8	AIDE FINANCIÈRE.....	1	2	8													
	OUI	NON	NSP																								
HÉBERGER.....	1	2	8																								
AIDE FINANCIÈRE.....	1	2	8																								
1024	Pendant combien d'heures dormez-vous généralement par nuit? ARRONDIR À L'HEURE LA PLUS PROCHE	HEURES DE SOMMEIL <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>																									
1025	Au cours des sept derniers jours, est-ce que vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim parce qu'il n'y avait pas assez à manger?	OUI.....1 NON2	→1028																								
1026	Au cours des sept derniers jours, combien de jours êtes-vous, vous-même, allée vous coucher en ayant faim?	AUCUN/0 JOURS0 1 À 7 JOURS <input style="width:30px; height:20px; border:1px solid black;" type="text"/>	→1028																								
1027	Est-ce que ces mêmes jours, quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim? SI OUI: Qui d'autre est allé se coucher en ayant faim?	MARI/PARTENAIREA FILSB FILLE(S).....C AUTRES PARENTS DE SEXE FÉMININD AUTRES PARENTS DE SEXE MASCULINE PERSONNE D'AUTREY																									
1028	Maintenant j'aimerais vous poser quelques questions d'ordre financier. Je pose seulement ces questions pour mieux comprendre la situation financière des femmes. S'il-vous-plaît, dites-moi si, vous seule ou vous avec quelqu'un d'autre, vous possédez une des choses suivantes: De la terre? Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement? Une autre maison, appartement, ou logement? Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules? Une voiture?	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align:right">OUI SEU- LE</td> <td style="text-align:right">OUI EN- SEMBLE</td> <td style="text-align:right">NE POS- SÈDE PAS</td> </tr> <tr> <td>TERRE.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>CE LOGEMENT/LOG. HABIT.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES LOGEMENTS.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>BÉTAIL.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td style="text-align:right">1</td> <td style="text-align:right">2</td> <td style="text-align:right">3</td> </tr> </table>		OUI SEU- LE	OUI EN- SEMBLE	NE POS- SÈDE PAS	TERRE.....	1	2	3	CE LOGEMENT/LOG. HABIT.....	1	2	3	AUTRES LOGEMENTS.....	1	2	3	BÉTAIL.....	1	2	3	VOITURE.....	1	2	3	
	OUI SEU- LE	OUI EN- SEMBLE	NE POS- SÈDE PAS																								
TERRE.....	1	2	3																								
CE LOGEMENT/LOG. HABIT.....	1	2	3																								
AUTRES LOGEMENTS.....	1	2	3																								
BÉTAIL.....	1	2	3																								
VOITURE.....	1	2	3																								
1029	VÉRIFIER 1028: AU MOINS UN CODE '1' ENCERCLÉ POSSÈDE AU MOINS 1 BIEN <input style="width:20px; height:15px; border:1px solid black;" type="checkbox"/> À ELLE SEULE ▼	AUCUN CODE '1' ENCERCLÉ NE POSSÈDE RIEN À ELLE <input style="width:20px; height:15px; border:1px solid black;" type="checkbox"/> SEULE	→1031																								

1030	<p>En cas d'urgence, pourriez-vous vendre (un de) ces biens sans la permission de quelqu'un d'autre?</p> <p>(POSER SEULEMENT POUR LES BIENS CODÉS '1' À 1028; POUR LES BIENS CODÉS '2' OU '3' À 1028, ENCERCLER ICI LE CODE '3')</p> <p>De la terre?</p> <p>Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?</p> <p>Une autre maison, appartement, ou logement?</p> <p>Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?</p> <p>Une voiture?</p>	<p>OUI NON NE POSSÈ-DE PAS À ELLE-SEULE</p> <p>TERRE 1 2 3</p> <p>CE LOGEMENT/LOG. HABIT 1 2 3</p> <p>AUTRES LOGEMENTS 1 2 3</p> <p>BÉTAIL 1 2 3</p> <p>VOITURE 1 2 3</p>
1031	<p>Contrôlez-vous, vous-même, l'argent nécessaire pour acheter les choses suivantes?</p> <p>Les aliments au détail comme le maïs, patates, pois?</p> <p>Les aliments en gros comme des sacs de riz, de maïs de pois?</p> <p>Les vêtements pour vous-même?</p> <p>Les médicaments pour vous-même?</p> <p>Les articles de toilette pour vous-même, comme du savon, dentifrice ou autre?</p>	<p>OUI NON N'A-CHÈTE PAS</p> <p>ALIMENTS AU DÉTAIL 1 2 3</p> <p>ALIMENTS EN GROS 1 2 3</p> <p>VÊTEMENTS 1 2 3</p> <p>MÉDICAMENTS 1 2 3</p> <p>ARTICLES TOILETTE 1 2 3</p>
1032	<p>Avez-vous de l'argent en propre dont vous pouvez décider seule de son utilisation?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
1035	<p>Connaissez-vous, dans cette région, des programmes qui mettent des prêts à la disposition des femmes pour qu'elles démarrent ou agrandissent leur propre affaire?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
1036	<p>Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt soit en espèces soit en nature pour démarrer ou agrandir une affaire?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>
1037	<p>Avez-vous l'habitude de vous réunir avec d'autres femmes de la communauté pour discuter de problèmes :</p> <p>De la communauté ?</p> <p>D'éducation?</p> <p>De santé?</p> <p>De femmes?</p>	<p>OUI- NON</p> <p>COMMUNAUTÉ 1 2</p> <p>ÉDUCATION 1 2</p> <p>SANTÉ 1 2</p> <p>FEMMES 1 2</p>
1038	<p>Est-ce que vous êtes affiliée à une coopérative?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	<p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?</p> <p>b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous, ?</p>	<p>OUI 1 → NON . 2 ↴ .↓</p> <p>OUI 1 → NON . 2 ↴ .↓</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1105	<p>1105A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur":</p> <p>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</p> <p>b) Vous gifle ou torde le bras?</p> <p>c) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</p> <p>d) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?</p> <p>e) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>f) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>g) Vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas?</p> <p>i) Vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p>	<p>1105B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>h) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>i) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
1106	<p>VÉRIFIER 1105A:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1108
1107	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" (cette ou ces actions) s'est ou se sont produites pour la première fois?</p> <p>SI MOINS DE 1 AN, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ UNION 95</p> <p>APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE 96</p>	
1108	<p>1108A. Suite à une action quelconque, mais délibérée de votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" envers vous, vous est-il déjà arrivé :</p>	<p>1108B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	a) D'avoir des hématomes et meurtrissures? OUI 1 → NON.. 2 ↴ . ▼ b) D'avoir une blessure ou un os cassé? OUI 1 → NON.. 2 ↴ . ▼ c) D'être allée chez le docteur ou dans un centre de santé du fait de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait? OUI 1 → NON.. 2 ↴ . ▼	a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> c) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1109	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	OUI 1 NON..... 2	→1111
1110	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1111	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" boit (buvait) de l'alcool?	OUI 1 NON..... 2	→1113
1112	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	TRÈS SOUVENT..... 1 QUELQUEFOIS..... 2 JAMAIS..... 3	
1113	VÉRIFIER 1101: ÉTAT MATRIMONIAL MARIÉE/EN UNION <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A ÉTÉ EN UNION ↓ À partir de l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/ dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous a battue, giflée donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/> UNION ↓ À partir de l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?	OUI 1 NON..... 2 PAS DE RÉPONSE 6	→1118
1114	Qui vous a agressée physiquement de cette façon? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE A PÈRE B NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE . C NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE D SOEUR E FRÈRE F FILLE H FILS G EX-MARI/EX-PARTENAIRE..... I BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI)..... J BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) K AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE... L AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE M AUTRES PARENTS N AUTRES PARENTS O AMIES/FEMMES DE RENCONTRE P AMIS/HOMMES DE RENCONTRE Q PROFESSEUR R EMPLOYEUR S ÉTRANGER..... T AUTRES X (PRÉCISER)	
1115	VÉRIFIER 1114: PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> PERSONNE MENTIONNÉE ▼ SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE PERSONNE MENTIONNÉE		→1117

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1116	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?	MÈRE 01 PÈRE 02 NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE 03 NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE 04 SOEUR 05 FRÈRE 06 FILLE 07 FILS 08 EX-MARI/EX-PARTENAIRE 09 BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) 10 BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) 11 AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE.. 12 AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE ... 13 AUTRES PARENTES 14 AUTRES PARENTS 15 AMIES/FEMMES DE RENCONTRE 16 AMIS/HOMMES DE RENCONTRE 17 PROFESSEUR 18 EMPLOYEUR 19 ÉTRANGER 20 AUTRES _____ 96 (PRÉCISER)	
1117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que cette personne vous a battue, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement de n'importe quelle autre façon?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
1118	VÉRIFIER 201, 223, 226: NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES ACTUELLEMENT ENCEINTE OU UNE OU PLUS NAISSANCES VI- <input type="checkbox"/> VANTES OU NON ▼	PAS NAISSANCE VIVANTE, <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE ET _____ PAS NAISSANCE NON VIVANTE	→ 1121
1119	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	→ 1121
1120	Qui était la personne qui a agi ainsi pour vous agresser physiquement au cours d'une grossesse? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A DERNIER/EX-MARI/PARTENAIRE B MÈRE C PÈRE D NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE . E NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE F SOEUR G FRÈRE H FILLE I FILS J BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) K BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) L AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE... M AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE N AUTRES PARENTES O AUTRES PARENTS P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE R PROFESSEUR S EMPLOYEUR T ÉTRANGER U AUTRES _____ X (PRÉCISER)	
1121	VÉRIFIER 1105, 1108, 1113 ET 1119: AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ▼	PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> _____	→ 1125

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
1122	Avez-vous essayé d'obtenir de l'aide?	OUI 1 NON..... 2	→1124																
1123	Auprès de qui avez-vous cherché de l'aide? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÈRE A PÈRE B SOEUR C FRÈRE D ACTUEL/DERNIER MARI/PARTENAIRE E BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI)..... F BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) G AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE... H AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE I AUTRES PARENTES..... J AUTRES PARENTS K AMI(E)S L VOISINS M MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICAL N POLICE O AVOCAT/HOMME DE LOI P AUTRES X (PRÉCISER)	→1125																
1124	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez jamais cherché de l'aide?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER..... 01 INUTILE/PAS BESOIN 02 FAIT PARTIE DE LA VIE..... 03 PEUR DU DIVORCE/SÉPARATION 04 PEUR D'ÊTRE PLUS BATTUE 05 PEUR DE CRÉER PROBLÈMES À LA PERSONNE QUI LA BAT 06 GÉNÉE 07 AUTRES 96 (PRÉCISER)																	
1125	Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8																	
REMERCEZ 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 LA VIOLENCE DOMESTIQUE.																			
1126	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 D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>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 D'UNE FOIS	NON	MARI.....	1	2	3	AUTRES ADULTES HOMMES.....	1	2	3	ADULTES FEMMES.....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI.....	1	2	3																
AUTRES ADULTES HOMMES.....	1	2	3																
ADULTES FEMMES.....	1	2	3																
1127	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS																		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>																			
1128	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____