

ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-IV)

QUESTIONNAIRE FEMME

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																						
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> GRAPPE MÉNAGE DÉPARTEMENT VIL./COM. URBAIN/RURAL RÉSIDENCE </div> <div> <table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>																					
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 _____	<table border="1" style="border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																					

VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: TEST D'ANEMIE / TEST DU VIH / POIDS ET TAILLE (OUI=1, NON=2).....	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: STATUT DE LA FEMME / RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2)..... (VÉRIFIER TABLEAU 500 POUR LA SÉLECTION DE LA FEMME ÉLIGIBLE POUR LA SECTION SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE").	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE						
	1	2	3	VISITE FINALE		
DATE				JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;">2</td><td style="width: 20px; height: 20px;">0</td></tr></table> NOM RÉSULTAT	2	0
2	0					
NOM DE L'ENQUÊTRICE						
RÉSULTAT*						
PROCHAINE VISITE :DATE HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input style="width: 30px; height: 30px;" type="checkbox"/>		
*CODES RÉSULTAT: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> 1 REMPLI 2 PAS À LA MAISON 3 DIFFÉRÉ </div> <div> 4 REFUSÉ 5 REMPLI PARTIELLEMENT 6 INCAPACITÉ </div> <div> 7 AUTRE _____ (PRÉCISER) </div> </div>						
LANGUE DE L'INTERVIEW CRÉOLE..... 1 AUTRE LANGUE 2						

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ DATE _____	NOM _____ DATE _____	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></table>	<table border="1" style="width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></table>

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour (INSTITUT HAITIEN 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 au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

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.

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

Signature de l'enquêtrice : _____ Date: _____

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																																				
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> MINUTES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>																																					
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 104																																				
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	GRANDE VILLE 1 VILLE 2 RURAL 3																																					
104	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NSP MOIS 98 ANNÉE <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div> NSP ANNÉE 9998																																					
105	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 104 ET/OU 105 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>																																					
106	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 110																																				
107	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3																																					
108	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE <div style="display: inline-block; width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></div>																																					
<div style="text-align: center;">****CODES POUR Qs. 108</div> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">NIVEAU</th> <th style="width: 35%;">1=PRIMAIRE</th> <th style="width: 35%;">2=SECONDAIRE</th> <th style="width: 20%;">3=SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CLASSE</td> <td>0= 13^e/Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12^e/CP1/1^{ère} an. NON ACHÉVÉE</td> <td>0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ</td> <td>0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1= 12^e/CP1/1^{ère} année</td> <td>1 = 6^e</td> <td>1 = 1^{ère} année</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2= 11^e/CP2/2^e année</td> <td>2 = 5^e</td> <td>2 = 2^e année</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3= 10^e/CE1/3^e année</td> <td>3 = 4^e</td> <td>3 = 3^e année</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4= 9^e/CE2/4^e année</td> <td>4 = 3^e</td> <td>4 = 4^e année ou plus</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5= 8^e/CM1/5^e année</td> <td>5 = 2^e</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>6= 7^e/CM2/6^e année</td> <td>6 = Rétho</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>7 = Philo</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR	CLASSE	0= 13 ^e /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 ^e /CP1/1 ^{ère} an. NON ACHÉVÉE	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ		1= 12 ^e /CP1/1 ^{ère} année	1 = 6 ^e	1 = 1 ^{ère} année		2= 11 ^e /CP2/2 ^e année	2 = 5 ^e	2 = 2 ^e année		3= 10 ^e /CE1/3 ^e année	3 = 4 ^e	3 = 3 ^e année		4= 9 ^e /CE2/4 ^e année	4 = 3 ^e	4 = 4 ^e année ou plus		5= 8 ^e /CM1/5 ^e année	5 = 2 ^e			6= 7 ^e /CM2/6 ^e année	6 = Rétho				7 = Philo	
NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR																																				
CLASSE	0= 13 ^e /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 ^e /CP1/1 ^{ère} an. NON ACHÉVÉE	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ																																				
	1= 12 ^e /CP1/1 ^{ère} année	1 = 6 ^e	1 = 1 ^{ère} année																																				
	2= 11 ^e /CP2/2 ^e année	2 = 5 ^e	2 = 2 ^e année																																				
	3= 10 ^e /CE1/3 ^e année	3 = 4 ^e	3 = 3 ^e année																																				
	4= 9 ^e /CE2/4 ^e année	4 = 3 ^e	4 = 4 ^e année ou plus																																				
	5= 8 ^e /CM1/5 ^e année	5 = 2 ^e																																					
	6= 7 ^e /CM2/6 ^e année	6 = Rétho																																					
		7 = Philo																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
109	<p>VÉRIFIER 107 :</p> <p>PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/></p>		→ 113
110	<p>Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTRER LA CARTE À L'ENQUÊTÉE</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?</p>	<p>NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1</p> <p>PEUT LIRE CERTAINES PARTIES . 2</p> <p>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ... 3</p> <p>PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT 4</p> <p>(PRÉCISER LANGUE)</p> <p>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ... 5</p>	
111	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) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
112	<p>VÉRIFIER 110 :</p> <p>CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 114
113	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 ?	<p>PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	
114	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	
115	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR . 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE . 3</p> <p>PAS DU TOUT 4</p>	
116	Quelle est votre religion?	<p>CATHOLIQUE 1</p> <p>PROTESTANT/MÉTHODISTE/ 2</p> <p>ADVENTISTE/TÉMOIN DE J. 3</p> <p>VAUDOISANT 4</p> <p>PAS DE RELIGION 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
119	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous?	<p>NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 201
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté pendant plus d'un mois à la suite?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1^{ère} que vous avez eue.
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMENTS / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance simple ou multiple ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.	(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) ? Y compris des enfants décédés après la naissance ?
01	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
02	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
03	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
04	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
05	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
06	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
07	SIMP. 1 MULT. 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ? (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance multiple ?	(NOM) (NAME) 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. PLETED YEARS.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE et (NOM)? Y compris des enfants décédés après la naissance?
08	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
09	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
10	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
11	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
12	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI 1 NON 2			
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : 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>								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	<input type="checkbox"/> → 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2000 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2000		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Depuis Janvier 2000, avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
237	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ... JOURS 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A...MOIS 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE . 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
238	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres, si elle a des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	<div> <div></div> <div>→ 301</div> </div>
239	<p>Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu entre deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES ... 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?</p> <p>POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?</p> <p>ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC LE CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.</p>	<p>302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?</p>	
01	<p>STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
02	<p>STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
03	<p>PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
04	<p>DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, ou l'infirmier/ère leur place à l'intérieur.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
05	<p>INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
06	<p>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.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
07	<p>CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
08	<p>CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
09	<p>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</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
10	<p>MÉTHODE DU RYTHME Quand 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.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI 1 NON 2 ↘</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
13	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>_____ (PRÉCISER)</p> <p>_____ (PRÉCISER)</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1 NON 2</p> <p>OUI 1 NON 2</p>
303	<p>VÉRIFIER 302 :</p> <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS UN SEUL "OUI"</p> <p>(N'A JAMAIS UTILISÉ)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>↘</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN "OUI"</p> <p>(A DÉJÀ UTILISÉ)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>→</p> </div> </div>		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	→ 306 → 331
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"/>		→ 331
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 331
311	Quelle méthode utilisez-vous ? ENCERCLER TOUTES LES RÉPONSES MENTIONNÉES SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K RHYTHME L RETRAIT M AUTRE X (PRÉCISER)	<input type="checkbox"/> → 316 <input type="checkbox"/> → 315 <input type="checkbox"/> → 315 → 319A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312	<p>Puis-je voir la boîte de (pilules/condom) que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE</p>	<p>BOÎTE VUE 1</p> <p>MARQUE (PRÉCISER)</p> <p>BOÎTE NON VUE 2</p>	<p>→ 314</p>
313	<p>Connaissez-vous la marque des (pilules/condoms) que vous utilisez?</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE</p>	<p>MARQUE (PRÉCISER)</p> <p>NSP 98</p>	
314	<p>Combien de (plaquettes de pilules/condoms) avez-vous acheté la dernière fois?</p>	<p>NOMBRE DE PLAQUETTE/CONDOM</p> <p>NSP 998</p>	
315	<p>La dernière fois que vous avez obtenu (METHODE ACTUELLE EN 311), combien avez-vous payé au total, y compris le coût de la méthode et les consultations que vous avez eu?</p>	<p>COÛT (PRÉCISER)</p> <p>GRATUIT 995</p> <p>NSP 998</p>	<p>→ 319A</p>
316	<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>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC</p> <p>BOÎTE 43</p> <p>AUTRE (PRÉCISER) 96</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
317	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ</p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'A' NON ENCLERCLÉ</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP 8</p>	
318	Combien avez-vous payé au total pour la stérilisation, y compris les consultations que vous avez eu?	<p>COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATUIT 995</p> <p>NSP 998</p>	
319	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
319A	<p>Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue?</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
323	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCLERCLÉ À 311/311A, ENCLERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCLERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>PAS DE CODE ENCLERCLÉ 00</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>DIAPHRAGM 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>RHYTHME 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 324</p> <p>→ 333</p> <p>→ 323AA</p> <p>→ 333</p>

N ^c	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
323A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 12 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24 PHARMACIE 25 SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33 SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE 43 AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ 51 BAR 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53 ÉCOLE 54 INSTITUTION RELIGIEUSE 55 PARENT(E)S/ AMI(E)S 56 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
323AA	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA)? S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)		
323B	VERIFIER 323 : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHOD .	PILULE 03 DIU 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGM 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11	→ 330 → 327 → 326
324	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE A 323) à (SOURCE DE LA MÉTHODE À 323A OU 316). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
325	Avez-vous déjà été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 327
326	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI 1 NON 2	
327	<p>VÉRIFIER 324 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p> <p>↓</p> <p>À ce moment-là, vous-a t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p> <p>↓</p> <p>Au moment où vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) que vous utilisez actuellement, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> </div> </div>	OUI 1 NON 2	→ 329
328	Avez-vous déjà été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale de l'existence d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
329	<p>VERIFIER 323 :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</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>DIAPHRAGM 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p>	<p>→ 333</p> <p>→ 333</p>

N ^c	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
330	<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'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE 41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC</p> <p>BOÎTE 43</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ 51</p> <p>BAR 52</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53</p> <p>ÉCOLE 54</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 55</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S 56</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 333</p>
331	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 333</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
332	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AV. BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
333	<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>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
334	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 401
335	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET NUTRITION DES ENFANTS

401	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>→ 550</p>																																						
402	<p>INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NON ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE AYANT EU LIEU EN 2000 OU PLUS TARD</p> <p>POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.</p> <p>(S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés au cours des 5 dernières années.</p> <p>Nous parlerons de chaque enfant séparément.</p>																																						
403	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DERNIÈRE NAISSANCE</th><th>AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th><th>AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>NUMÉRO DE LIGNE DE 212</td><td>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></td><td>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></td><td>NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/></td></tr> </tbody> </table>		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>																														
	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE																																				
NUMÉRO DE LIGNE DE 212	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>	NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>																																				
404	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>NOM</th><th>NOM</th><th>NOM</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>DE 212 ET 216</td><td>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></td><td>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></td><td>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>		NOM	NOM	NOM	DE 212 ET 216	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>																														
	NOM	NOM	NOM																																				
DE 212 ET 216	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>																																				
405	<p>Quand vous êtes tombée enceinte de (NON), vouliez-vous être enceinte <u>à ce moment-là</u>, vouliez-vous attendre <u>plus tard</u>, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant du tout?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>À CE MOMENT- LÀ</th><th>À CE MOMENT- LÀ</th><th>À CE MOMENT- LÀ</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(PASSER À 407)</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> <tr> <td>PLUS TARD</td><td>2</td><td>2</td><td>2</td></tr> <tr> <td>NE VOULAIT PLUS</td><td>3</td><td>3</td><td>3</td></tr> <tr> <td>(PASSER À 407)</td><td>1</td><td>1</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>		À CE MOMENT- LÀ	À CE MOMENT- LÀ	À CE MOMENT- LÀ	(PASSER À 407)	1	1	1	PLUS TARD	2	2	2	NE VOULAIT PLUS	3	3	3	(PASSER À 407)	1	1	1																		
	À CE MOMENT- LÀ	À CE MOMENT- LÀ	À CE MOMENT- LÀ																																				
(PASSER À 407)	1	1	1																																				
PLUS TARD	2	2	2																																				
NE VOULAIT PLUS	3	3	3																																				
(PASSER À 407)	1	1	1																																				
406	<p>Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>MOIS</th><th>MOIS</th><th>MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr> <tr> <td>ANNÉE</td><td>2 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td><td>2 <input type="text"/></td></tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td><td>... 998</td><td>... 998</td><td>... 998</td></tr> </tbody> </table>		MOIS	MOIS	MOIS	1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ANNÉE	2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	NE SAIT PAS	... 998	... 998	... 998																						
	MOIS	MOIS	MOIS																																				
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																				
ANNÉE	2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>																																				
NE SAIT PAS	... 998	... 998	... 998																																				
407	<p>Pour cette grossesse, avec-vous reçu des soins prénatals?</p> <p>SI OUI : Qui avez-vous consulté? Personne d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.</p> <table border="1"> <tbody> <tr> <td>PROFESSIONNEL SANTÉ</td><td></td></tr> <tr> <td>MÉDECIN</td><td>..... A</td></tr> <tr> <td>INFIRMIER(E)</td><td>... B</td></tr> <tr> <td>AUXILIAIRE</td><td>.... C</td></tr> <tr> <td>MÉDIC. NON INSTITUTION.</td><td></td></tr> <tr> <td>AGENT SANTÉ</td><td>.... D</td></tr> <tr> <td>SAGE-FEM./MATRONE</td><td></td></tr> <tr> <td>AVEC BOÎTE</td><td>.. E</td></tr> <tr> <td>TRADITIONNEL PRIVÉ</td><td></td></tr> <tr> <td>SAGE-FEM./MATRONE</td><td></td></tr> <tr> <td>SANS BOÎTE</td><td>.. F</td></tr> <tr> <td>GUÉRISSEUR/MÉDECIN- FEUILLES/UGAN/</td><td></td></tr> <tr> <td>MAMBO</td><td>... G</td></tr> <tr> <td>PRIVÉ NON MÉDICAL</td><td></td></tr> <tr> <td>PARENT(E)S/AMI(E)</td><td>.. H</td></tr> <tr> <td>AUTRE</td><td>..... X</td></tr> <tr> <td>(PRÉCISER)</td><td></td></tr> <tr> <td>PERSONNE</td><td>..... Y</td></tr> <tr> <td>(PASSER À 414)</td><td>1</td></tr> </tbody> </table>	PROFESSIONNEL SANTÉ		MÉDECIN A	INFIRMIER(E)	... B	AUXILIAIRE C	MÉDIC. NON INSTITUTION.		AGENT SANTÉ D	SAGE-FEM./MATRONE		AVEC BOÎTE	.. E	TRADITIONNEL PRIVÉ		SAGE-FEM./MATRONE		SANS BOÎTE	.. F	GUÉRISSEUR/MÉDECIN- FEUILLES/UGAN/		MAMBO	... G	PRIVÉ NON MÉDICAL		PARENT(E)S/AMI(E)	.. H	AUTRE X	(PRÉCISER)		PERSONNE Y	(PASSER À 414)	1
PROFESSIONNEL SANTÉ																																							
MÉDECIN A																																						
INFIRMIER(E)	... B																																						
AUXILIAIRE C																																						
MÉDIC. NON INSTITUTION.																																							
AGENT SANTÉ D																																						
SAGE-FEM./MATRONE																																							
AVEC BOÎTE	.. E																																						
TRADITIONNEL PRIVÉ																																							
SAGE-FEM./MATRONE																																							
SANS BOÎTE	.. F																																						
GUÉRISSEUR/MÉDECIN- FEUILLES/UGAN/																																							
MAMBO	... G																																						
PRIVÉ NON MÉDICAL																																							
PARENT(E)S/AMI(E)	.. H																																						
AUTRE X																																						
(PRÉCISER)																																							
PERSONNE Y																																						
(PASSER À 414)	1																																						

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
408	<p>Où avez-vous reçu des soins prénatals pour cette grossesse? Autre lieu?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE . A AUTRE DOMICILE B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . D MATERNITÉ ... E</p> <p>SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE F CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . G MATERNITÉ ... H</p> <p>SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE I CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . J MATERNITÉ ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER</p>		
409	<p>De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale pour cette grossesse?</p> <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>			
410	<p>Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?</p> <p>NOMBRE DE FOIS . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>			
411	<p>En tant que soins prénatals au cours de cette grossesse, est-ce que les examens suivants ont été effectués au moins une fois?</p> <p>OUI NON</p> <p>Est-ce qu'on vous a pesé? POIDS 1 2</p> <p>Est-ce qu'on vous a pris la tension? TENSION 1 2</p> <p>Est-ce qu'on vous a prélevé un échantillon d'urine? URINE 1 2</p> <p>Vous a t-on prélevé du sang? SANG 1 2</p>			
412	<p>Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a t-on parlé des signes de complication de la grossesse?</p> <p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 414) ← NE SAIT PAS 8</p>			
413	<p>Vous a t-on dit où aller si vous aviez une de ces complications?</p> <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>			
414	<p>Au cours de cette grossesse, vous a t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?</p> <p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8</p>			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
416	VÉRIFIEZ 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 421)		
417	Avez-vous reçu, n'importe quand avant cette grossesse, une injection contre le tétanos?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS 8		
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu une injection contre le tétanos? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
419	En quel mois et en quelle année avant cette grossesse, avez-vous reçu la dernière injection ?	MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 421) ← NSP ANNÉE . . . 9998		
420	Cela fait combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos?	ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Au cours de cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté du fer en comprimés ou en sirop ? MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI 1 NON 2 (PASSER À 422A) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute votre grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris les comprimés ou le sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . 998		
422A	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
423	Au cours de cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
424	Au cours de cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire? (UTILISEZ LE TERME LOCAL)	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
425	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 429) ← NE SAIT PAS 8		
426	Quels médicaments avez-vous pris? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE	PRIMIQUINE A CHLOROQUINE B QUININE C AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z		
427	VÉRIFIER 426: MÉDICAMENTS PRIS POUR PRÉVENIR LE PALUDISME	CODE 'A' CODE ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ENCLERCLÉ (PASSER À 429) ←		
428	Combien de fois avez-vous pris du SP/Fansidar/primaquine durant cette grossesse?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
429	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle : très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
430	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS 8
431	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER EN KG LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE. SI POIDS DONNE EN LIVRE, CONVERSION EN KG 1 LIVRE = 0.455 KG	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . 99.998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . 99.998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS . 99.998

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																																				
432	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR SAVOIR SI UN ADULTE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/UGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/UGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/UGAN/</p> <p>MAMBO G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE Y</p>																																				
433	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 440) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 440) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 441) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 441) ←</p>																																				
434	<p>Pendant combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous resté là?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>												
435	<p>L'accouchement de (NOM) a -t-il eu lieu par césarienne?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>																																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
436	Avant de quitter l' établissement, après la naissance de (NOM), est ce que du personnel de santé a vérifié votre état de santé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 439) ←	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2																		
437	Après combien d'heures,de jours ou de semaines, le premier contrôle a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998																				
438	Qui a contrôlé votre santé cette fois? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA MIEUX QUALIFIÉE.	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE 14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME 16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE 96 (PRÉCISER (PASSER À 449) ←																				
439	Après avoir quitté l'établissement est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 (PASSER À 442) ← NON 2 (PASSER À 449) ←	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 451) ← NON 2																		
440	Pourquoi n'avez-vous pas accouché dans un centre de santé? INSISTER : aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	COÛT TROP ÉLEVÉ . A ÉTAB.PAS OUVERT . B TROP ÉLOIGNÉ/ PAS DE TRANSPORT . C PAS CONFIANCE EN ÉTABLIS/SERVICE MÉDIOCRE D PAS DE FEMME PRESTATAIRE DANS ÉTABLIS. ... E MARI/FAMILLE PAS AUTORISÉ F PAS NÉCESSAIRE .. G PAS HABITUÉE ... H AUTRE (PRÉCISER X																				
441	Après que (NOM) soit né, est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 445) ←			OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2																

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																		
442	Combien d'heures, de jours ou de semaines après l'accouchement le premier examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998																				
443	Qui a vérifié votre état de santé à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE 14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																				
444	Où le premier examen a-t-il eu lieu? 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'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																				
444A	VÉRIFIER 439:	OUI NON POSÉ <table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 449)</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ↓</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 449)	<input type="checkbox"/> ↓																		
<input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 449)	<input type="checkbox"/> ↓																					
445	Au cours des deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuses traditionnelle vous a examiné?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 449) ← NE SAIT PAS 8																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
446	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM) le 1er examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER EN HEURS. SI MOINS D'UNE SEMAINE ENREGISTRER EN JOURS.	HRS APRÈS NAIS. 1 JRS APRÈS NAIS. 2 SEM.APRÈS NAIS. 3 NE SAIT PAS ... 998		
447	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là? INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	MÉDECIN 11 INFIRMIER(E) 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIAIRE 14 AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE 17 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		
448	Où le premier examen a-t-il eu lieu? 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'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23 SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33 SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)		
449	Au cours des deux mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER DES AMPOULES, DES COMPRIMÉS OU DU SIROP).	OUI 1 NON 2		
450	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 452) ← NON 2 (PASSER À 453) ←		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI 1 NON 2 (PASSER À 455) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 455) ←
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
453	VÉRIFIER 226: L'ENQUÊTÉE EST ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> EN-CEINTE PAS SÛRE TE (PASSER 455) ←		
454	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 456) ←		
455	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
456	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463) ←
457	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
458	Dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, est-ce qu'on a donné à (NOM) autre chose à boire que le lait maternel?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 460) ←		
459	Qu'est-ce qui a été donné à (NOM)? Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) . A EAU B EAU SUCRÉE OU GLUCOSÉE ... C LIQUIDE CONTRE COLIQUE D TISANE E JUS DE FRUIT F "LOQUE" G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL I AUTRE X (PRÉCISER)		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
460	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)
461	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 464) NON 2	OUI 1 (PASSER À 466) NON 2	OUI 1 (PASSER À 466) NON 2
462	Pendant combien de temps avez-vous allaité (NOM)?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98
463	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, DANS AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTION. OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)
464	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le lever et le coucher du soleil? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE NUIT ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
465	Pendant combien de fois avez-vous allaité hier durant la journée? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE JOUR ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
466	Est-ce que (NOM) a bu quelque-chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																																												
468	<p>VÉRIFIER 215 ET 218:</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET QUI VIT AVEC ELLE</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 469)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D' ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET QUI VIT AVEC ELLE</p>	<p>501</p>																																																																												
469	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM à 468) a bu hier pendant le jour ou la nuit?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a bu :</p> <p>De l'eau?</p> <p>Préparations pour bébés vendus en commerce?</p> <p>Autre lait comme lait en boîte, en poudre ou lait frais d'animal?</p> <p>Jus de fruit?</p> <p>Café?</p> <p>Thé ou tisane?</p> <p>Bouillon ou soupe ?</p> <p>Autres liquides : de l'eau sucrée, kola ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRÉPARATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LAIT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JUS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CAFÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFUSION THÉ/TISANE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BOUILLON/SOUBE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES LIQUIDE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	EAU	1	2	8	PRÉPARATION	1	2	8	LAIT	1	2	8	JUS	1	2	8	CAFÉ	1	2	8	INFUSION THÉ/TISANE	1	2	8	BOUILLON/SOUBE	1	2	8	AUTRES LIQUIDE	1	2	8																																									
	OUI	NON	NSP																																																																												
EAU	1	2	8																																																																												
PRÉPARATION	1	2	8																																																																												
LAIT	1	2	8																																																																												
JUS	1	2	8																																																																												
CAFÉ	1	2	8																																																																												
INFUSION THÉ/TISANE	1	2	8																																																																												
BOUILLON/SOUBE	1	2	8																																																																												
AUTRES LIQUIDE	1	2	8																																																																												
470	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments qu'a reçu (NOM de 468) hier pendant le jour ou la nuit, qu'il les ai pris séparément ou mélangés à d'autres?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a mangé :</p> <p>a. N'importe quel porridge: maïs, farine, manioc, arrow-root ?</p> <p>b. Céréale pour bébé (MARQUE DE PRÉPARATION ARTIFICIELLE FORTIFIÉE POUR BÉBÉ)</p> <p>c. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales?</p> <p>d. Aliments à base de tubercules [ex : pommes de terre, igname, manioc ?]</p> <p>e. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ?</p> <p>f. N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>g. Mangues, papayes mures, grenades ou melons ?</p> <p>h. Autres fruits ou légumes, tels que figues, bananes, haricots verts, avocats, tomates ?</p> <p>i. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons?</p> <p>j. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin, du cheval ?</p> <p>k. Poulet, coq, canard, pintade ou autre volaille?</p> <p>l. Oeufs?</p> <p>m. Poisson frais ou séché ou fruits de mer?</p> <p>n. Préparation à base de pois ?</p> <p>o. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ?</p> <p>p. Du fromage, des yaourts, du lait caillé ou des produits laitiers ?</p> <p>q. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre?</p> <p>r. Autre préparation solide ou semi-solide?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>q</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>r</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a	1	2	8	b	1	2	8	c	1	2	8	d	1	2	8	e	1	2	8	f	1	2	8	g	1	2	8	h	1	2	8	i	1	2	8	j	1	2	8	k	1	2	8	l	1	2	8	m	1	2	8	n	1	2	8	o	1	2	8	p	1	2	8	q	1	2	8	r	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																												
a	1	2	8																																																																												
b	1	2	8																																																																												
c	1	2	8																																																																												
d	1	2	8																																																																												
e	1	2	8																																																																												
f	1	2	8																																																																												
g	1	2	8																																																																												
h	1	2	8																																																																												
i	1	2	8																																																																												
j	1	2	8																																																																												
k	1	2	8																																																																												
l	1	2	8																																																																												
m	1	2	8																																																																												
n	1	2	8																																																																												
o	1	2	8																																																																												
p	1	2	8																																																																												
q	1	2	8																																																																												
r	1	2	8																																																																												

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
471	VÉRIFIER 470: AU MOINS UN "OUI" <div> <input type="checkbox"/> </div> <div> ↓ </div>	PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/>	→ 501
472	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé hier des aliments solides, semi-solides ou des purée autres que des liquide durant le jour ou la nuit? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS .. <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	

SECTION 5. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES

501	INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).			
502	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)
504	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER LES AMPOULES/ TABLETTES/SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS 8
505	Cela fait combien de mois que (NOM) a pris la dernière dose?	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
506	Est-ce que (NOM) prend actuellement du fer en comprimé, granules ou sirop? (comme cela)?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
506 A	Est-ce qu'au cours des 6 derniers mois, (NOM) a pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
507	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir?	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET 3
508	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2	OUI 1 (PASSER À 511) ← NON 2

- (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN À PARTIR DU CARNET OU DE LA CARTE
 (2) INSCRIRE '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ÉTÉ EFFECTUÉE MAIS QU'UNE DATE N'A ÉTÉ REPORTÉE.

	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG				BCG			BCG		
POLIO 0 (DONNÉE NAISSANCE)				P0			P0		
POLIO 1				P1			P1		
POLIO 2				P2			P2		
POLIO 3				P3			P3		
DTPER 1				D1			D1		
DTPER 2				D2			D2		
DTPER 3				D3			D3		
ROUGEOLE				ROU			ROU		
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A		
VITAMINE A (2nd PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
510	(NOM) a-t-il reçu des vaccins qui n'ont pas été reportés sur ce carnet, y compris ceux reçus au cours de journées nationales de vaccination? INSCRIRE 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTC0q 1-3 ET/OU LA ROUGEOLE	OUI 1 (INSISTER POUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À (509) (PASSER À 513) NON 2 (PASSER À 513) NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) NON 2 (PASSER À 513) NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PROBE FOR VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) NON 2 (PASSER À 513) NE SAIT PAS 8
511	(NOM) a-t-il déjà reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de journées nationales de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) NE SAIT PAS 8
512	Pouvez-vous me dire si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants:			
512A	le 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	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512B	la polio, c'est-à-dire, des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512E) NE SAIT PAS 8
512C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné deux semaines après la naissance ou plus tard	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD 2
512D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
512E	Le vaccin du DTPER, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes de la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 512G) NE SAIT PAS 8
512F	Combien de fois le vaccin du DTPER a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
512G	Une injection pour éviter la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
513	Est-ce qu'au cours de ces 2 dernières années, (NOM) a reçu certains de ces vaccins au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS 8 (PASSER À 515) ←
514	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccins? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	CAMPAGNE 1 POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A CAMPAGNE 2 POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B CAMPAGNE 3 POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C
515	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8
516	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
517	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la diarrhée. Lui-a-t-on donné moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
518	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou est-ce qu'on ne lui a rien donné à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518A	Avez-vous cherché des conseils pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 519) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
518B	<p>Où êtes-vous allé pour chercher des conseils?</p> <p>SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
518C	VÉRIFIER 518B:	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>
518D	<p>À qui vous êtes-vous adressé en premier pour les conseils?</p> <p>UTILISER LETTRES CODE 518B.</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>
518E	<p>Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIVER '00'</p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	Avez-vous cherché du traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 524) ←
520	<p>Où êtes-vous allé pour chercher du traitement?</p> <p>SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
521	VÉRIFIER 520:	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 523) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 523) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE</p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 523) ←</p>
522	<p>À qui vous êtes-vous adressé en premier pour le traitement?</p> <p>UTILISER LETTRES CODE 520.</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
523	Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
524	Est-ce que (NOM) a encore la diarrhée?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
525	Est-ce qu'on lui a donné l'une des choses suivantes à boire depuis le début de la diarrhée?	OUI NON NSP	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral ou de sel lavi ?	SAC. SRO 1 2 8	SAC. SRO 1 2 8	SAC. SRO 1 2 8
b	Un sérum oral en bouteille vendu en boutique ou pharmacie ?	SRO LIQ. 1 2 8	SRO LIQ. 1 2 8	SRO LIQ. 1 2 8
c	Une liquide préparé avec de l'eau, du sel et du sucre ?	SOLUTION MAISON 1 2 8	SOLUTION MAISON 1 2 8	SOLUTION MAISON 1 2 8
526	Est-ce qu'autre chose a été donnée pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS 8
527	A t-on donné autres choses pour traiter la diarrhée? Rien d'autre? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTI-BIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTI-BIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) D PILULE OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTI-BIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES J AUTRE _____ X (PRÉCISER)
528	VÉRIFIER 527: A-T-ON DONNÉ DU ZINC?	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
529	Combien de fois a-t-on donné du zinc à (NOM) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
530	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
531	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS 8
532A	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
532B	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus court et rapide que d'habitude ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
532C	VÉRIFIER 532A ET 532B:	SI Q532A=1 <input type="text"/> OU Q532B=1 <input type="text"/> Q 532A=2 OU 8 Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="text"/> OU Q532B=1 <input type="text"/> Q 532A=2 OU 8 Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="text"/> OU Q532B=1 <input type="text"/> Q 532A=2 OU 8 Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←
533	Quand (NOM) a eu cette maladie at-il/elle eu un problème dans la poitrine ou le nez qui coulait ou qui était bouché?	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8 (PASSER À 535) ←
534	VÉRIFIER 530: A EU DE LA FIÈVRE?	OUI NON OU NSP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 546) ←
535	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la fièvre/toux. Lui a t-on donné la même quantité que d'habitude, moins ou plus que d'habitude? SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER : a t-on donné moins ou beaucoup moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 PLUS À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 PLUS À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 PLUS À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
536	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/ toux), lui a t-on donné moins à manger, plus, environ la même quantité que d'habitude ou rien à manger?</p> <p>SI MOINS, INSISTER: lui a t-on donné a manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8</p>
536A	Avez-vous cherché des conseils pour la maladie?	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (PASSER À 537) ←</p>
536B	<p>Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils?</p> <p>Où d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
536C	VÉRIFIER 536B:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLE (PASSER À 536E)	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLE (PASSER À 536E)	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLE (PASSER À 536E)
536D	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils? UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.536B	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT
536E	Combien de jours après le début de la maladie avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
537	Avez-vous cherché du traitement pour la maladie	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542)	OUI 1 NON 2 (PASSER À 542)
538	Où êtes-vous allé pour chercher du traitement? quelque part d'autre? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . G MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
539	VÉRIFIER 538:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> PLUS CODE ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541)	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> PLUS CODE ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541)	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> PLUS CODE ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541)
540	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher du traitement? UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.538	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER <input type="checkbox"/> ENDROIT
541	Combien de jours après le dé- but de la maladie, avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
542	Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre et de la toux?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
543	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la maladie?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS 8
544	Quels médicaments (NOM) a- t-il pris ? Rien d'autre? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA- MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA- MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE H ACETA- MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF K EXPETORANT ... L AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
544A	VÉRIFIER 544: N'IMPORTE QUEL CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←	OUI NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 546) ←
545	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDI CAMENT DE 544) à la maison quand (NOM) est tombé malade? SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT. POSER LA QUESTION SÉPARÉ MENT POUR CHAQUE ANTIPA- LUDÉEN OU ANTIBIOTIQUE DONNÉ À 544.	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G	ANTIPALUDÉENS PRIMIQUE ... A CHLOROQUINE . B QUININE C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D ANTIBIOTIQUE ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS E AUTRE ANTI- F BIOTIQUE ... G
546		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																											
547	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p>		550																											
548	<p>La dernière fois que (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT) est allé à la selle, qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments?</p>	<p>ENFANT A UTIISÉ TOILETTES/LATRINE 01</p> <p>JETÉ DANS TOILETTES/LATRINES... 02</p> <p>JETÉS DANS ÉGOUTS OU FOSSÉ ... 03</p> <p>JETÉS AVEC LES ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ..... 05</p> <p>LAISSÉS À L'AIR LIBRE 06</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																												
549	<p>VÉRIFIER 525(a) ET 525(b), TOUTES LES LIGNES:</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDES D'UN SACHET DE SRO OU DE LIQUIDE DE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES D'UN SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/></p>		551																											
550	<p>Avez-vous déjà entendu parler de SRO ou Sel lavi ou sérum oral que l'on peut se procurer pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>																												
551	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions concernant vos propres soins médicaux</p> <p>Pour différentes raisons, les femmes peuvent être empêchées d'obtenir des conseils ou traitements pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous avez besoin d'un conseil ou d'un traitement, est-ce que les choses suivantes constituent un gros problème ou non?</p> <p>Obtenir la permission d'aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement</p> <p>La distance pour se rendre à l'établissement de santé</p> <p>Avoir à prendre un moyen de transport</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule</p> <p>Inquiète à l'idée qu'il n'y aura peut-être pas un prestataire femme</p> <p>Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de prestataire de santé.</p> <p>Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de médicaments disponibles</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>GROS PROBLÈME</th><th>PAS UN GROS PROBLÈME</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>DISTANCE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PRENDRE TRANSPORT ...</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PAS DE FEMME PREST. .</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PAS DE PRESTATAIRE .</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PAS DE MÉDIC . . .</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME	PERMISSION D'ALLER...	1	2	OBTENIR L'ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	PRENDRE TRANSPORT ...	1	2	ALLER SEULE	1	2	PAS DE FEMME PREST. .	1	2	PAS DE PRESTATAIRE .	1	2	PAS DE MÉDIC . . .	1	2	
	GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME																												
PERMISSION D'ALLER...	1	2																												
OBTENIR L'ARGENT	1	2																												
DISTANCE	1	2																												
PRENDRE TRANSPORT ...	1	2																												
ALLER SEULE	1	2																												
PAS DE FEMME PREST. .	1	2																												
PAS DE PRESTATAIRE .	1	2																												
PAS DE MÉDIC . . .	1	2																												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
552	Avez-vous une assurance médicale?	OUI 1 NON 2	→ 554
553	Quel type d'assurance médicale avez-vous? INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ORGANISME MUTUELLE SANTÉ MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE MÉDICALE PAR EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALI C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISER)	
554	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur n'importe quelle injection que vous avez pu avoir au cours des 12 derniers mois. Avez-vous eu une injection pour une raison quelconque au cours des 12 derniers mois? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu? SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIRE '90'. SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 558
555	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par un autre professionnel de la santé? SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIRE '90'. SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 558

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
556	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un professionnel de la santé, où êtes-vous allée pour la faire?	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT 11 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 12 MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. 21 CENTRE SANTÉ/ (CAL/CSL)/ DISP.. 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE 24 PHARMACIE 25 MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE 31 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 32 MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRO. AV. BOÎT. . 43 AUTRE ENDROIT À LA MAISON 51 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
557	Est-ce que la personne qui vous a fait l'injection, a pris la seringue et l'aiguille d'un paquet neuf et qui n'avait pas été ouvert?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
558	Fumez-vous actuellement des cigarettes?	OUI 1 NON 2	→ 560
559	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES <input type="text"/>	
560	Fumez-vous actuellement ou utilisez-vous d'autres types de tabac?	OUI 1 NON 2	→ 561A
561	Quel (autre) type de tabac fumez-vous actuellement ou utilisez-vous actuellement? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE A TABAC À MÂCHER B TABAC À PRISER C AUTRE X (PRÉCISER)	
561A	Buvez-vous de l'alcool?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ 3	→ 562 → 562

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
561B	Quel type d'alcool buvez-vous? Quel autre type d'alcool buvez-vous? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIERE A TAFIA/ CLAIRIN B RHUM C VIN D AUTRE X (PRÉCISER)	
562	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée tuberculose ou TB ?	OUI 1 NON 2	→ 601
563	Comment la tuberculose/TB se transmet-elle d'une personne à une autre? INSISTER: d'autres moyens? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAR L'AIR EN TOUSSANT OU ÉTERNUANT A EN PARTAGEANT DES INSTRUMENTS B EN TOUCHANT UNE PERSONNE AYANT LA TB C PAR LA NOURRITURE D PAR CONTACT SEXUEL E PAR PIQÛRES DE MOUSTIQUE F PAR MOYEN SURNATUREL G AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
564	La tuberculose peut-elle être guérie?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
565	Si un membre de votre famille contractait la TB, voudriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ ÇA DÉPEND 8	
566	VÉRIFIER 468: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> <div> N'A AUCUN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; display: inline-block; vertical-align: middle;"></div> </div> </div>		→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER À
567	Maintenant je voudrais vous parler des aliments et liquides que vous avez pris hier, durant la journée ou la nuit, soit séparément ou avec d'autres aliments ou liquides.				
	Avez-vous mangé ou bu?		OUI	NO	DK
	a. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales?	a	1	2	8
	b. Aliments à base de tubercules [ex : pommes de terre, igname, manioc ?]	b	1	2	8
	c. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ?	c	1	2	8
	d. N'importe quel légume à feuilles vertes?	d	1	2	8
	e. Mangues, papayes mures, abricots, grenades ou melons ?	e	1	2	8
	f. Autres fruits ou légumes, tels que bananes, haricots verts, avocats, tomates ?	f	1	2	8
	g. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons?	g	1	2	8
	h. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin ?	h	1	2	8
	i. Poulet, coq, canard, dinde, pintade ou autre volaille?	i	1	2	8
	j. Oeufs?	j	1	2	8
	k. Poisson frais ou séché ou fruits de mer?	k	1	2	8
	l. Préparation à base d'haricots, de pois ou de lentilles?	l	1	2	8
	m. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ?	m	1	2	8
	n. Du fromage, des yaourts, du lait ou des produits laitiers?	n	1	2	8
	o. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre?	o	1	2	8
	p. Du thé ou café?	p	1	2	8
q. N'importe quel aliment ou boisson sucrée, comme les gâteaux, le chocolat, les sucreries, les bonbons, les sodas, les jus ou boissons à base de fruit?	q	1	2	8	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	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	→ 605
602	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	→ 614
604	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 610
605	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur": vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE 1 VIT AILLEURS 2	
606	ENREGISTRER LE NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM No DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur" a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 610
608	Avec combien d'autres épouses ou partenaires votre mari/partenaire/"monsieur" vit-il actuellement?	NOMBRE D'AUTRES ÉPOUSES/PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 98	
609	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
610	Avez-vous été mariée, placée, vivavek ou avez-vous vécu avec un homme, une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
611	VERIFIER 610: MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire/ "monsieur"? MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓ J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée. En quel mois et quelle année vous vous êtes-vous mariée ou avez-vous com- mencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée pour la 1 ^{ère} foi?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 613A
612	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
613A	VÉRIFIER 604: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> OU PAS VEUVE <input type="checkbox"/>	VEUVE <input type="checkbox"/>	→ 613D
613B	VÉRIFIER 610: MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS	→ 614
613C	Comment s'est terminé votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE 1 DIVORCE 2 SÉPARATION 3	→ 614
613D	À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	ENQUÊTÉE 1 AUTRE FEMME 2 ENFANTS DE L'ÉPOUSE 3 FAMILLE DE L'ÉPOUSE 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	→ 614
613E	Avez-vous reçu des biens ou des choses ayant de la valeur de votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	OUI 1 NON 2	
614	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
615	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95	→ 617 → 617
616	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié(e) pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SURE 8	→ 637
617	VÉRIFIER 105: 15-24 <input type="checkbox"/> ANS <input type="checkbox"/> 25-49 <input type="checkbox"/> ANS <input type="checkbox"/>		→ 622
618	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	
619	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→ 622
620	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE 1 PLUS JEUNE 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 622

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
621	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	AU MOINS DIX ANS DE PLUS 1 MOINS DE DIX ANS DE PLUS 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	
622	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels? ENREGISTRER UN NOMBRE D'ANNÉES SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ONT EU LIEU IL Y A UNE ANNÉE OU PLUS S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL YA ... JOURS 1 IL YA ... SEMAINES 2 IL YA ... MOIS 3 IL YA ... ANNÉES 4	<div> <div></div> <div>→ 624</div> <div></div> <div>→ 636</div> </div>

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																						
623	Quand avez-vous vos derniers rapports sexuels avec cette personne?		JOURS. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																				
624	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 626) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 626) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 626) ←																																																						
625	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2																																																						
626	Quel était votre relation avec cette personne? SI "RENMEN", "FIANCÉ", PETIT AMI, DEMANDER: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)	MARI 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE 05 AUTRE 96 (PRÉCISER)																																																						
627	Pendant combien de temps avez-vous eu, ou depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI RAP. SEX. SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOURS	JOURS. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																		
628	VÉRIFIER 105:	FEMME FEMME 15-24 25-49 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ←			FEMME FEMME 15-24 25-49 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ←			FEMME FEMME 15-24 25-49 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ←																																																		
629	Quel âge à cette personne?	ÂGE DE LA PERSONNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98			ÂGE DE LA PERSONNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98			ÂGE DE LA PERSONNE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS 98																																																		
630	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous, ou a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←																																																						
631	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davanatge, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3																																																						
632	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 634) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 634) ←	OUI 1 NON 2 (PASSER À 635) ←																																																						

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
633	Cette personne ou vous-même étiez-vous ivre à ce moment-là? SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4
634	Mise à part [cette/ces deux personnes], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (ALLER À 636) ←	OUI 1 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON 2 (ALLER À 636) ←	
No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSER A
635	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NOMBRE DE PERSONNES SUPÉRIEUR À 95, NOTEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
636	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie? EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DE LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
636A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ(E)	PRIVÉ OBTENU 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE 2		→ 637
636B	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcé(e) contre votre volonté?	VOULAIT 1 A ÉTÉ FORCÉ(E) 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		→ 636D → 636D
636C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, vous y a-t-on forcé physiquement?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		
636D	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		→ 637
636E	Vous a-t-on forcé physiquement?	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3		
637	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI 1 NON 2		→ 640

638	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC</p> <p>BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
639	Si vous le vouliez, pourriez-vous vous procurer un condom?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	
640	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminin?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701

641	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/</p> <p>DISPENSARE I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC</p> <p>BOÎTE M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ N</p> <p>BAR O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE P</p> <p>ÉCOLE Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE R</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
642	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous vous procurer un condom féminin?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
701	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 713								
702	<div> VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ? </div>	<div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout? </div>	<div> AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 704 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 → 713 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE 4 → 709 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 708 </div>								
703	<div> VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ? </div>	<div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ? </div>	<div> MOIS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT 993 → 708 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 → 713 APRÈS MARIAGE 995 AUTRE 996 → 708 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998 </div>								
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 709								
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 713								
706	VÉRIFIER 703 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 709								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
707	<p>VÉRIFIER 702 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT UN/UN 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.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ... C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ... P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS T</p> <p>AUTRE X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
708	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 713
709	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 711
710	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	<p>STÉRILISATION FÉMININE 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE 02</p> <p>PILULE 03</p> <p>DIU 04</p> <p>INJECTIONS 05</p> <p>IMPLANTS 06</p> <p>CONDOM 07</p> <p>CONDOM FÉMININ 08</p> <p>DIAPHRAGME 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE 10</p> <p>MAMA 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE 12</p> <p>RETRAIT 13</p> <p>AUTRE 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE 98</p>	→ 713

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
717	VÉRIFIER 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/PLACÉE/VIVAVEK <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 723
718	VÉRIFIER 311/311A : NI CODE 'B', NI CODE 'G', NI CODE 'M', ENCERCLÉ, MAIS AUTRES CODES ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> CODE 'B' OU 'G' OU 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 720 → 722
719	Est-ce que votre mari/partenaire sait que vous utilisez une méthode de contraception?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
720	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement celle de de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
721	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 723
722	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8	
723	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR 1 2 8	
724	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un comdom au cours des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
725	VÉRIFIER 601 ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801
726	Pouvez-vous refuser à votre mari/partenaire d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
727	Pourriez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	<p>VÉRIFIER 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> A ÉTÉ <input type="checkbox"/></p> <p>MARIÉE/ MARIÉE/</p> <p>VIT AVEC VÉCU AVEC</p> <p>UN HOMME UN HOMME</p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 803</p> <p>→ 807</p>	
802	<p>Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
803	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 806
804	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE 1</p> <p>SECONDAIRE 1 2</p> <p>SUPÉRIEUR ... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 806
805	<p>Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?</p>	<p>CLASSE/ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
806	<p>VÉRIFIER 801 :</p> <p>ACTUEL. MARIÉE/ <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p>Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ?</p> <p>C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
807	<p>En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
808	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en nature ou en argent. Certaines tiennent un petit commerce, d'autres une petite affaire ou d'autres encore travaillent dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait un travail de ce genre ou un autre travail?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
809	<p>Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, avez-vous un travail ou une affaire dont vous vous êtes absenté pour congé, maladie, vacances ou pour une autre raison?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 811
810	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 818
811	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?</p>	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	VÉRIFIER 811 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 814
813	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE 3 TERRE DE MOITIÉ 4 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
814	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
815	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON 1 LOIN DE LA MAISON 2	
816	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
818	CHECK 601: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 824
819	VÉRIFIER 817 CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 822
820	Qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 AUTRE 6	
821	Diriez-vous que vous rapportez dans votre ménage, plus d'argent que votre mari/partenaire, moins d'argent que lui ou à peu près la même chose que lui?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LE MÊME 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 NA SAIT PAS 8	→ 823
822	Qui décide comment l'argent que gagne votre mari/partenaire va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 AUTRE 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES					ALLER À																								
823	<p>Qui généralement prend les décisions concernant vos propres soins de santé: principalement vous-même, principalement votre mari/ partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats importants pour le ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les visites à vos parents ou à votre famille?</p>	<p>ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 5</p> <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table>					1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5					
1	2	3	4	5																											
1	2	3	4	5																											
1	2	3	4	5																											
1	2	3	4	5																											
824	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)</p>	<table><tr><td></td><td>PRÉS/ ÉCOUTE</td><td>PRÉS/ ÉCOUTE PAS</td><td>PAS PRÉS</td></tr><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></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																												
825	<p>Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table><tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr><tr><td>SORTIR</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>NÉGL. ENFANTS</td><td>... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>ARGUMENTE</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>REFUSER SEX.</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr><tr><td>BRÛLER NOUR.</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr></table>						OUI	NON	NSP	SORTIR 1	2	8	NÉGL. ENFANTS	... 1	2	8	ARGUMENTE 1	2	8	REFUSER SEX. 1	2	8	BRÛLER NOUR. 1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
SORTIR 1	2	8																												
NÉGL. ENFANTS	... 1	2	8																												
ARGUMENTE 1	2	8																												
REFUSER SEX. 1	2	8																												
BRÛLER NOUR. 1	2	8																												

SECTION 9. VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI 1 NON 2	→ 944
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
908	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 910
909	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES. F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .. M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
910	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																
911	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>GROSSESSE</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td><td>... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td><td>..... 1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE 1	2	8	ACCOUCHEMENT	... 1	2	8	ALLAITEMENT 1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE 1	2	8																
ACCOUCHEMENT	... 1	2	8																
ALLAITEMENT 1	2	8																
912	VÉRIFIER 911: AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 914																
913	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
914	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
915	VÉRIFIER 208 ET 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 <input type="checkbox"/>		→ 924 → 924																
916	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATAUX POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 924																
917	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida? Effectuer un test du sida?	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td><td>NSP</td></tr> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
918	Dans le cadre de ces soins prénataux, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI 1 NON 2																	
919	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénataux?	OUI 1 NON 2	→ 924																
920	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2																	
921	Où avez-vous effectué le test? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV. 12 CENTRE CTV 13 CLINIQUE PF 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)																	
922	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI 1 NON 2	→ 925																

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
923	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	→ 931
924	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI 1 NON 2	→ 929
925	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS 3	
926	la dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ 2 TEST IMPOSÉ 3	→ 927 → 927
926A	Pour quelle raison on vous a exigé de faire le test VIH/Sida?	VISA/ DEMANDE DE RESIDENCE 1 ASSURANCE MEDICALE 2 MARIAGE 3 AUTRE 9 (PRÉCISER)	
927	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI 1 NON 2	
928	Où avez-vous effectué le test ? SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. 12 CENTRE CTV 13 CLINIQUE PF 14 CLINIQUE MOBILE 15 AGENT DE SANTÉ 16 AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 931
929	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI 1 NON 2	→ 931

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
930	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. B</p> <p>CENTRE CTV C</p> <p>CLINIQUE PF D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE PUBLIC G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CTV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL M</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
931	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
932	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
934	D'après vous, si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	<p>AUTORISÉE À ENSEIGNER 1</p> <p>PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8</p>	
935	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 939
936	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
937	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
938	<p>VÉRIFIER 935, 936 ET 937 :</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 940

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
939	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI 1 NON 2	
940	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
941	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2 NSP/ PAS D'OPINION 8	
942	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
943	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
944	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
945	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
946	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
947	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
948	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
949	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
950	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
951	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
952	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
953	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
954	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
955	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
956	<p>VÉRIFIER 901:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se trans- mettent par contact sexuel?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infec- tions qui se transmettent par contact sexuel?</p> </div> </div>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
957	<p>VÉRIFIER 615:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		1001
958	<p>VÉRIFIER 956:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES <input type="checkbox"/> PAR CONTACT SEXUEL</p> </div> </div>		960
959	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
960	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
961	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
963	<p>VÉRIFIER 959, 960 ET 961</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (AU MOINS UN 'OUI')</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		1001
963A	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLEME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché des conseils?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	964
963B	<p>Où êtes-vous allée?</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE SANTÉ DU GOUV. B</p> <p>CENTRE CTV C</p> <p>CLINIQUE PF D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AGENT DE SANTÉ F</p> <p>AUTRE PUBLIC G</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CENTRE CTV I</p> <p>PHARMACIE J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ L</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ M</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE N</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
964	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLÈME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché du traitement?	OUI 1 NON 2	→ 1001
965	Où êtes-vous allée? Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A CENTRE SANTÉ DU GOUV. B CENTRE CTV C CLINIQUE PF D CLINIQUE MOBILE E AGENT DE SANTÉ F AUTRE PUBLIC G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ H CENTRE CTV I PHARMACIE J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE N AUTRE X (PRÉCISER)	

SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même?	OUI 1 NON 2	→ 1008
1002	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1003	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie?	FILLES VIVANTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1004	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1005	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1006	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés?	OUI 1 NON 2	→ 1008
1007	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés?	AUTRES ENFANTS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1008	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 1002, 1003, 1004, 1005 ET 1007, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET ENREGISTRER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/> <input type="text"/>	
1009	VÉRIFIER 1008 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1002 à 1008 IL SE DOIT.		
1010	VÉRIFIER 1008 : DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> → 1100A		
1011	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/>	

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [2]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [3]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [4]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [5]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [6]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [7]
1015	Quel âge a (NOM) ?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [2]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [3]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [4]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [5]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [6]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [7]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1017	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il /elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI 'OUI', NOTER '95' SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE: Est-ce que (NOM) mort(e) avant de se marier?	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [2]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [3]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [4]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [5]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [6]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [7]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1020	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
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [2]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [3]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [4]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [5]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [6]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [7]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1016 NSP 8 ALLER À [13]
1015	Quel âge a (NOM) ?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1017	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il / elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans? SI 'OUI', NOTER '95' SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE: Est-ce que (NOM) mort(e) avant de se marier?	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95' ALLER À [13]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1020	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
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A

SECTION 11 - STATUT DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1100A	VÉRIFIER PAGE COUVERTURE: CE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LE 'STATUT DE LA FEMME'? <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> </div>		→1235
1101A	VÉRIFIER 601, 602 et 604: ÉTAT MATRIMONIAL COCHER LA CASE APPROPRIÉE	'1', '2', '3' OU '4' À Q.601 ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> '1' À Q.604, VEUVE <input type="checkbox"/> '2' À Q.604: DIVORCÉE <input type="checkbox"/> '2' À 602 OU '3' À Q.604: SÉPARÉE/A ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/> '3' OU NON: À Q.602: JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→1109A
1101B	VÉRIFIER 610: 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	
1102	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 PLUS3 CONNAISSAIT DEPUIS ENFANCE4 AUTRE6 (PRÉCISER)	
1104	Qui a choisi votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur"?	ENQUÊTÉE A CHOISI1 ENQUÊTÉE – MARI/PARTENAIRE CHOISIS MUTUELLEMENT2 ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE3 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI4 MARI/PARTENAIRE OU SA FAMILLE A CHOISI L'ENQUÊTÉE5 QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI6	→1107
1105	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 NON2	
1107	VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/>	VEUVE/SÉPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/>	→1109A
1108	Vous arrive-t-il à vous et votre mari/partenaire de parler entre vous, souvent, parfois ou jamais, des choses suivantes: Ce qui se passe au travail/à la ferme? Ce qui se passe à la maison? Dépenses à faire?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 10px;"> SOU-VENT PAR-FOIS JAMAIS </div> AU TRAVAIL 1 2 3 À LA MAISON 1 2 3 DÉPENSES 1 2 3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES		CODES			ALLER À
	Ce qui se passe dans la communauté?	COMMUNAUTÉ.....	1	2	3	
1109A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats des choses importantes pour le ménage?	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				
1109B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	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				
1109C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne quelle nourriture sera préparée chaque jour?	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				
1109D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne si vous devez travailler pour gagner de l'argent?	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				
1109E	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les visites à la famille, aux amis ou parents?	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				
1109F	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne vos propres soins de santé?	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				
1109G	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne l'utilisation de la contraception?	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				
1110	VÉRIFIER 202, 204: A DES ENFANTS VIVANTS <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> A UNE OU PLUS ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A PAS ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> </div> </div>					→1113
1111A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions sur la scolarisation de votre/vos enfant(s)?	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				
1111B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions à prendre si un enfant tombe malade?	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				
1111C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la façon de faire obéir les enfants?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4				

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6	
1111D	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	
1113	<p>Maintenant j'aimerais avoir votre avis sur certains aspects de la vie du ménage.</p> <p>Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou non avec chacune des déclarations suivantes:</p> <p>Dans le ménage, les importantes décisions, devraient être prises par les hommes du ménage.</p> <p>Si la femme travaille en dehors de la maison, alors le mari devrait l'aider dans les travaux domestiques.</p> <p>Une femme mariée ne devrait pas être autorisée à travailler en dehors de la maison, même si elle le veut.</p> <p>La femme a le droit d'exprimer son opinion si elle n'est pas d'accord avec ce que le mari lui dit.</p> <p>Une femme devrait supporter d'être battue par son mari dans le but de maintenir le ménage ensemble.</p> <p>C'est mieux de donner de l'instruction à un fils qu'à une fille.</p>	<p>D'AC- PAS D'AC- CORD CORD NSP</p> <p>DÉCISIONS PAR HOMME 1 2 8</p> <p>MARI DOIT AIDER 1 2 8</p> <p>NE PAS TRAVAILLER 1 2 8</p> <p>EXPRIMER OPINION 1 2 8</p> <p>ÊTRE BATTUE 1 2 8</p> <p>INSTRUCTION GARÇON 1 2 8</p>	
1114	<p>VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL</p> <p>EN UNION/ <input type="checkbox"/> DIVORCÉE/ <input type="checkbox"/> SÉPARÉE/ JAMAIS VEUVE/ ▼ EN UNION</p> <p style="text-align: right;">→1116</p>		
1115	<p>Est-ce que des parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous?</p> <p>SI OUI: Quel(s) parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>PÈREA MÈREB FRÈRE(S)C SŒUR(S)D FEMME(FEMMES) DU/DES FRÈRE(S)E MARI DE(S) SŒUR(S)F AUTREX (PRÉCISER) AUCUNY</p>	
1116	Maintenant parlez-moi de votre propre famille d'origine. Est-ce que votre père est toujours en vie?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
1117	Est-ce que votre mère est toujours en vie?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
1118	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre père a atteint?	<p>AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8</p>	↙1119
1118A	Votre père peut/pouvait-il lire un journal ou une lettre?	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	
1119	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre mère a atteint?	<p>AUCUN 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8</p>	↙1120

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1119A	Votre mère peut/pouvait-elle lire un journal ou une lettre?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1120	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	→1122
1121	Tous les combien rencontrez-vous ou parlez-vous à un membre de votre famille d'origine?	PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE01 ENVIRON UNE FOIS PAR SEMAINE02 PLUSIEURS FOIS PAR MOIS03 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ET PLUS D'UNE FOIS PAR AN05 ENVIRON UNE FOIS PAR AN OU MOINS06 JAMAIS07	
1122	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?	OUI NON NSP HÉBERGER 1 2 8 AIDE FINANCIÈRE 1 2 8	
1124	Pendant combien d'heures dormez-vous généralement par nuit? ARRONDIR À L'HEURE LA PLUS PROCHE	HEURES DE SOMMEIL..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1125	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?	OUI1 NON2	→1128
1126	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 type="text"/>	→1128
1127	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	
1128	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?	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	
1129	VÉRIFIER 1128: AU MOINS UN CODE '1' ENCERCLÉ POSSÈDE AU MOINS 1 BIEN <input type="checkbox"/> À ELLE SEULE ▼	AUCUN CODE '1' ENCERCLÉ NE POSSÈDE RIEN À ELLE SEULE <input type="checkbox"/>	→1131

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
1130	<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 1128; POUR LES BIENS CODÉS '2' OU '3' À 1128, 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>	
1131	<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>	
1132	Avez-vous de l'argent en propre dont vous pouvez décider seule de son utilisation?	OUI.....1	NON.....2		
1135	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?	OUI.....1	NON.....2		
1136	Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en espèces pour démarrer ou agrandir une affaire?	OUI.....1	NON.....2		
1136 A	Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en nature pour démarrer ou agrandir une affaire?	OUI.....1	NON.....2		
1137	<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>		OUI NON	<p>COMMUNAUTÉ 1 2</p> <p>ÉDUCATION 1 2</p> <p>SANTÉ 1 2</p> <p>FEMMES..... 1 2</p>	
1138	Est-ce que vous êtes affiliée à une coopérative?	OUI.....1	NON.....2		

SECTION 12 RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																												
1200	VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE (FEMME SÉLECTIONNÉE POUR CETTE SECTION): <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> </div>		1235																												
1201	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUER JUSQU'À CE QUE VOUS SOYEZ EFFECTIVEMENT EN PRIVÉ. VOUS ÊTES IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 1 → EN PRIVÉ 2 →		1234																												
LIRE À L'ENQUÊTÉE Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects des relations à l'intérieur du couple. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation de la femme d'Haïti. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront répétées à personne. Je tiens aussi à vous informer que vous êtes la seule personne dans votre ménage à qui ces questions sont posées et que personne ne saura que l'on vous a posé ces questions. Enfin, si jamais quelqu'un venait pendant nos discussions, nous passerons à un autre sujet.																															
1202	VÉRIFIER 601, 602 ET 604: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME (CODE 1,2,3 OU 4 ENCERCLÉ À Q.601) </div> <div> DIVORCÉE/ SÉPARÉE/ VEUVE (LIRE AU TEMPS PASSÉ) (CODE 1,2 OU 3 ENCERCLÉ À Q.604) </div> <div> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> (CODE 3 ENERCLÉ À Q.602) </div> </div>		1214																												
1203	Maintenant, je vais vous poser des questions au sujet de certaines situations que connaissent certaines femmes. S'il vous plaît, dites-moi si les phrases suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur"? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes? b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de rencontrer vos amies de sexe féminin? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille? e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments? f) Il ne vous (fait/faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VISITE FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIES	1	2	8	VISITE FAMILLE	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES	1	2	8	ARGENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
JALOUX	1	2	8																												
ACCUSE	1	2	8																												
VOIR AMIES	1	2	8																												
VISITE FAMILLE	1	2	8																												
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																												
ARGENT	1	2	8																												
1204	Maintenant, si vous le permettez, j'ai besoin de vous poser certaines autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur". A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur":	<div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> VÉRIFIER 604: NE POSER QUE SI L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE </div> B Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais? POUR DIVORCEES/SEPARÉES, POSER...au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?																													
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes? b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous? c) Vous insulte ou vous rabaisse?		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>SOUVENT</th> <th>PAR-FOIS</th> <th>JAMAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a)</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b)</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c)</td> <td>1 →</td> <td>2</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	a)	1 →	2	1	2	3	b)	1 →	2	1	2	3	c)	1 →	2	1	2	3					
	OUI	NON	SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS																										
a)	1 →	2	1	2	3																										
b)	1 →	2	1	2	3																										
c)	1 →	2	1	2	3																										

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																		
1205	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous fasse une des choses suivantes:</p>	<p>B VÉRIFIER 604: NE POSER QUE SI L'ENQUETEE N'EST PAS VEUVE</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>PAR-FOIS</th> <th>JAMAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Vous gifle?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?</td> <td>OUI 1 → NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>			SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	b) Vous gifle?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	e) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	
		SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS																																																	
a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
b) Vous gifle?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
e) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																	
1206	<p>VÉRIFIER '1205A (a-i):</p> <p>AU MOINS UN OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1209																																																		
1207	<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 D'UNE ANNÉE, ENREISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ AVANT VIVRE ENSEMBLE 95</p>																																																			
1208	<p>Est-ce qu'à la suite d'action quelconque de votre (dernier) mari/partenaire/monsieur envers vous, vous est-il déjà arrivé d'avoir un des problèmes suivants?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> </tr> <tr> <td>b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> </tr> <tr> <td>c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> </tr> </tbody> </table>	a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?	OUI 1 NON 2	b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?	OUI 1 NON 2	c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?	OUI 1 NON 2																																													
a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?	OUI 1 NON 2																																																				
b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?	OUI 1 NON 2																																																				
c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?	OUI 1 NON 2																																																				
1209	<p>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?</p>	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>OUI 1</td> </tr> <tr> <td>NON 2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI 1	NON 2	→ 1212																																																
OUI 1																																																					
NON 2																																																					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1210	VÉRIFIER 604: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> L'ENQUÊTÉE EST VEUVE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1212
1211	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de faire cela à votre mari/partenaire/"monsieur" souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1212	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" boit (buvait) de l'alcool?	OUI 1 NON 2	→ 1214
1213	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1214	VÉRIFIER 601 ET 602: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> A ÉTÉ/EST MARIÉE EN UNION <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> Depuis 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? </div> <div style="width: 45%;"> Depuis 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 ? </div> </div>	OUI 1 NON 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1217
1215	Qui vous a agressée physiquement de cette façon? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE A PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILS/FILLE D AUTRE PARENTS E EX-MARI/APRTENAIRE F PETIT AMI ACTUEL G EX- PETIT AMI H BELLE-MÈRE I BEAU-PÈRE J AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE K PROFESSEUR L EMPLOYEUR M POLICIER/SOLDAT N AUTRE X <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>	
1216	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé souvent, parfois ou jamais de vous faire battre, gifler, donner des coups de pieds ou de vous faire agresser physiquement par cette/ces personnes?	SOUVENT 1 PARFOIS 2 JAMAIS 3	
1217	VÉRIFIER 201, 226 ET 229: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 229) <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1220
1218	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 que vous étiez enceinte?	OUI 1 NON 2	→ 1220

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1219	<p>Qui a agi ainsi pour vous agresser physiquement au cours d'une grossesse?</p> <p>Personne d'autres?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/APRTENAIRE ACTUEL A</p> <p>MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE B</p> <p>PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE C</p> <p>SOEUR/FRÈRE D</p> <p>FILS/FILLE E</p> <p>AUTRE PARENTS F</p> <p>EX-MARI/APRTENAIRE G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL H</p> <p>EX- PETIT AMI I</p> <p>BELLE-MÈRE J</p> <p>BEAU-PÈRE K</p> <p>AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. L</p> <p>PROFESSEUR M</p> <p>EMPLOYEUR N</p> <p>POLICIER/SOLDAT O</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
1220	<p>VÉRIFIER 610: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS?</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		1225
1221	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	<p>VOULAIT 1</p> <p>A ÉTÉ FORCÉ 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
1222	<p>VÉRIFIER 601 ET 602:</p> <p>A ÉTÉ/EST MARIÉE <input type="checkbox"/> EN UNION</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un autre que votre mari/partenaire/ "monsieur" vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ <input type="checkbox"/> EN UNION</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
1223	<p>VÉRIFIER 1221 ET 1222:</p> <p>1221 ='1' OU '3' <input type="checkbox"/> ET '1222 ='2' OU '3' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1226
1224	<p>VÉRIFIER 1205(h) ET 1205(i):</p> <p>1205(h) N'ÉGALE PAS '1' <input type="checkbox"/> ET '1205(i) N'ÉGALE PAS '1' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1228
1225	<p>Est-ce qu'à n' importe quel moment de votre vie, quand vous étiez une enfant ou une adulte, quelqu' un vous a forcé par n' importe quel moyen à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels quels qu' ils soient?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	<p>→ 1228</p> <p>→ 1228</p>
1226	<p>Quel âge aviez-vous quand, pour la première fois, vous avez été forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels?</p>	<p>AGE REVOLU <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1227	Quelle est la personne qui vous a forcée à ce moment-là?	MARI/APRTENAIRE ACTUEL 01 EX-MARI/APRTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/EX 03 PÈRE 04 BEAU PÈRE 05 AUTRE PARENTS 06 AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. 07 AMI/RENCONTRE PERSONNELLE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 PROFESSEUR 10 EMPLOYEUR/AU TRAVAIL 11 POLICIER/SOLDAT 12 PRETRE/RELIGIEUX 13 ETRANGER 14 AUTRE 96 (PRÉCISER)	
1228	VÉRIFIER 1205A (a-i), 1213, 1217, 1221 ET 1224: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> AU MOINS UN 'OUI' <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> PAS UN SEUL 'OUI' <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 10px; margin: 0 auto;"></div> </div> </div>		→ 1232
1229	En ce qui concerne toutes les choses dont nous venons de parler et que vous avez subies, avez-vous essayé de rechercher de l'aide pour que cette/ces personne(s) arrête de recommencer des vous faire ça?	OUI 1 NON 2	→ 1231
1230	Après de qui avez-vous recherché de l'aide? Après de personne d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/PRÉCÉDENT C PATIT AMI ACTUEL/EX AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MEDECIN/PERSONNEL SANTÉ .. H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K AUTRE X (PRÉCISER)	→ 1232
1231	Avez-vous jamais parlé de ceci à quelqu'un?	OUI 1 NON 2	
1232	Autant que vous le savez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
REMERCEZ L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDEZ AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE			
1233	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE CERTAINS ADULTES ESSAYAIENT D'ÉCOUTER OU SONT VENUS DANS LA PIÈCE OU ONT ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> OUI 1 FOIS </div> <div> OUI, PLUS D'UNE FOIS </div> <div> NON </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>MARI 1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>AUTRE HOMME ADULTE . 1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>FEMME ADULTE 1</div> <div>2</div> <div>3</div> </div>	
1234	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS 		
1235	ENREGISTRER L'HEURE	HEUR MINUTES	<div style="display: flex; justify-content: center; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div> </div>

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____