



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour la Direction de la Démographie et des Statistiques Sociales (DDSS). 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 mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

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 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre- ville, ou en milieu rural?	CAPITALE .....1 AUTRE-VILLE .....2 RURAL .....3									
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TOUJOURS .....95 VISITEUR .....96			→ 105						
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps dans la CAPITALE ANTANANARIVO, dans une autre -ville, ou en milieu rural?	CAPITALE .....1 AUTRE-VILLE .....2 RURAL .....3									
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NSP MOIS .....98 ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP ANNÉE .....9998									
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire?  COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI .....1 NON .....2	→ 111								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2 ou supérieur?	PRIMAIRE .....1 SECONDAIRE 1 .....2 SECONDAIRE 2 .....3 SUPÉRIEUR .....4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée avec succès à ce niveau? INSCRIRE « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 8 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE..... <input type="text"/>	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> ↓ SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OU SUPÉRIEUR	_____	→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER: Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT .....1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES .....2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE .....3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT .....4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI .....1 NON .....2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	_____	→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR .....1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE .....2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE .....3 PAS DU TOUT .....4	
117	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 01 PROTESTANTE/FLM ..... 02 MUSULMANE ..... 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 04 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 05 SECTE ..... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
119	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI .....1 NON .....2	→ 124
120	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI .....1 NON .....2	

121	Au cours des trois derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS .....95	→ 124
122	VÉRIFIER 120:  OUI, A DÉJÀ ÉTÉ <input type="text"/> IVRE ↓	NON, N'A JAMAIS ÉTÉ IVRE <input type="text"/>	→ 124
123	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS .....95	
124	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection?	OUI .....1 NON.....2	→ 201
125	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> CHAQUE JOUR .....95	
126	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui a fait la piqûre ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ.....1 PHARMACIEN.....2 GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .....3 AMI/PARENT.....4 VOUS-MÊME .....5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	

CODES Q.109

Q.108 : NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4
	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
CLASSE	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 =6 ème = 1 T7 =5 ème = 2 T8 =4 ème = 3 T9 =3 ème = 4 NSP = 8	T10 =2nd = 1 T11 =1ère = 2 T12 =Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8



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

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

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

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI..... 1 NON ..... 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>↓ VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÉS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÉS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1998. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI ..... 1 NON..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 229
226A	Depuis que vous-êtes tombée enceinte, mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE..... 1 COMME D'HABITUDE ..... 2 MOINS QUE D'HABITUDE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
227	De combien de mois êtes-vous enceinte?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <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"/> ANNÉES ..... <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 1998 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 1998		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1998.  INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous déjà eu une grossesse avant Janvier 1998 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 1998?	MOIS ..... <input type="text"/> ANNÉES ..... <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé?  <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... SEMAINES .....2 IL Y A ... MOIS.....3 IL Y A ... ANNÉES .....4  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE .....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE RÈGLES .....996									
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS .....8	<input type="checkbox"/> ► 301								
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES.....1 PENDANT LES RÈGLES .....2 JUSTE APRÈS LAFIN DES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES .....4  AUTRE .....6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....8									

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉ. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 2 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 3 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .....1 NON .....2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI .....1 NON .....2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI SPONTANÉ.....1 OUI DESCRIPTION.....2 NON .....3 ▾	OUI .....1 NON .....2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI .....1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON .....2 ▾	OUI .....1 NON .....2  OUI .....1 NON .....2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ▾ (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 307

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là?  SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01):  FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226:  NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B PILULE ..... C DIU/STÉRILET ..... D INJECTIONS ..... E IMPLANTS ..... F CONDOM ..... G FÉMIDON (CONDOM FÉMININ) ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K  CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... L RETRAIT ..... M  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A → 312D → 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLEZ 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE  SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
312A	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment?  SI LA BOÎTE EST MONTRÉE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA MARQUE	PILPLAN ..... 1 LOFEMENAL ..... 2 MICROGYNON ..... 3 OVRETTE ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) BOÎTE NON MONTRÉE ..... 8	→ 312C
312B	Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment?  SI OUI: Quel est ce nom?	PILPLAN ..... 1 LOFEMENAL ..... 2 MICROGYNON ..... 3 OVRETTE ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM ..... 8	
312C	Combien vous coûte une boîte de pilules?  NOTER LE PRIX POUR 1 CYCLE/MOIS EN FMG.	PRIX EN FRANCS MG... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 9996 NE SAIT PAS ..... 9998	→ 316A

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
312D	Connaissez-vous le nom commercial d'injection que vous avez eu la dernière fois?  SI OUI: Quel est ce nom?	CONFIANCE ..... 1 DEPOPROVERA ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM ..... 8	} → 316A								
313	Où a eu lieu la stérilisation?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN HOPITAL PRIVÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)  SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14  AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ ..... 21 MÉDECINR PRIVÉ ..... 23  AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98									
314	VÉRIFIER 311:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             CODE 'A' ENCERCLÉ   <input type="checkbox"/>              ▼           </div> <div style="text-align: center;">             CODE 'B' ENCERCLÉ   <input type="checkbox"/>              ▼           </div> </div> Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants?  Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/ partenaire qu'a cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?	MOIS ..... ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>									
316A	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 <sup>ère</sup> MÉTHODE DE Q.311) de façon continue? INSISTER: En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 <sup>ère</sup> MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?										
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230:  S'IL Y'A EU À <u>215</u> UNE NAISSANCE OU À <u>230</u> UNE GROSSESSE TERMINÉÉ PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNEÉ</u> DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À <u>316/316A</u> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI: RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEÉ AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE ( <u>DATE DOIT SE SITUER APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE</u> ).										
317	VÉRIFIER 316/316A:  L'ANNÉE EST 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNEÉ EST 1997 OU AVANT <input type="checkbox"/> _____		→ 327								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
319	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCECLÉ À 311/311A, ENCECLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCECLÉES À 311/311A.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU/STÉRILET ..... 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 MÉTHODE ..... 96</p>	<p>→322</p> <p>→331</p> <p>→320A</p> <p>▶ 331</p>
320	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.317A) quand vous avez commencé à l'utiliser?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCECLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... 31</p> <p>BOUTIQUE..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>ÉGLISE ..... 34</p> <p>PARENTS/AMIS..... 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
320AA	<p>Avez-vous obtenu la (MÉTHODE ACTUELLE) sur prescription (une ordonnance), la dernière fois que vous l'aviez eu?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>▶ 320B</p>
320A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCECLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... 31</p> <p>MEDIA SPOTS..... 32</p> <p>BOUTIQUE..... 33</p> <p>KIOSQUE ..... 34</p> <p>ÉGLISE ..... 35</p> <p>PARENTS/AMIS..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320B	Pour quelles raisons avez-vous choisi la méthode que vous utilisez actuellement ?	DISPONIBLE.....A ABORDABLE.....B QUALITE SUPERIEURE.....C EFFET DE PUBLICITE.....D ATTRAYANT.....E CONSEIL DES AMIS.....F CONSEIL DU MEDECIN.....G FACILE A UTILISER.....H MOINS D'EFFETS SECONDAIRES.....I CONFIDENTIALITE.....J EFFICACITE.....K AUTRE _____.....X (PRÉCISER)	
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE ENCECLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCECLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCECLÉES À 311/311A.	PILULE.....03 DIU.....04 INJECTIONS.....05 IMPLANTS.....06 CONDOM.....07 CONDOM FÉMININ.....08 DIAPHRAGME.....09 MOUSSE/GELÉE.....10 MAMA.....11	—▶ 328 —▶ 325
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI.....1 NON.....2	—▶ 324
323	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI.....1 NON.....2	—▶ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI.....1 NON.....2	
325	VÉRIFIER 322:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCECLÉ</p>  </div> </div> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p>	OUI.....1 NON.....2	—▶ 327
326	Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser?	OUI.....1 NON.....2	
327	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE.....01 STÉRILISATION MASCULINE.....02 PILULE.....03 DIU/STÉRILET.....04 INJECTIONS.....05 IMPLANTS.....06 CONDOM.....07 CONDOM FÉMININ.....08 DIAPHRAGME.....09 MOUSSE/GELÉE.....10 MAMA.....11 CONTINENCE PÉRIODIQUE.....12 RETRAIT.....13 AUTRE MÉTHODE.....96	—▶ 331 —▶ 331 —▶ 331 —▶ 331 —▶ 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
328	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... 31</p> <p>BOUTIQUE..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>ÉGLISE ..... 34</p> <p>PARENTS/AMIS..... 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>→ 331</p>
329	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>→ 331</p>
330	<p>Quel est cet endroit?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II).....A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I).....B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II.....C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I.....D</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... F</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE DE PF/FISA..... I</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... J</p> <p>BOUTIQUE..... K</p> <p>KIOSQUE ..... L</p> <p>ÉGLISE ..... M</p> <p>PARENTS/AMIS..... N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
331	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent communautaire qui vous a parlé de planification familiale?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>	
331A	<p>Quels sont pour vous les buts de la planification familiale ?</p>	<p>ESPACER LA NAISSANCE ..... A</p> <p>LIMITER LA NAISSANCE ..... B</p> <p>PRÉSERVER LA SANTÉ DE LA MÈRE .C</p> <p>PRÉSERVER LA SANTÉ DE L'ENFANT D</p> <p>BUT SOCIO ÉCONOMIQUE ..... E</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331A1	<p>Connaissez-vous le nom des marques de condom?</p> <p>SI OUI: Quelle sont les marques que vous connaissez?</p> <p>Quel autre nom de marque vous connaissez ?</p>	PROTECTOR/PROTECTOR PLUS ..... A MANIX ..... B INNOTEX ..... C PROFILTEX ..... D SIMPLEX ..... E HANSAPLAST ..... E PLEASURE ..... F SANS MARQUE ..... G AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	┌ │ └─▶ 331B
331A2	<p>Vous avez dit que vous connaissez le nom du condom Protector/ Protector plus. Où l'avez-vous entendu ou appris ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.            SI LA PERSONNE DÉCLARE "RADIO", DEMANDER SI C'EST AU SHOW "TOKY SY ANTOKA" OU AU SHOW "PROTECTOR TIMES" ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.</p>	À LA RADIO ..... A SHOW "TOKY SY ANTOKA" ..... B SHOW "PROTECTOR TIMES" ..... C À LA TÉLÉVISION ..... D SUR DES AFFICHES ..... E SUR LES BOITES DE VENTE ..... F PARENTS ..... G AMIS ..... H MEDECINS ..... I CINÉMOBILE ..... J FILM "BAKAPILESY" ..... K T-SHIRT/CASQUETTES ..... L VENDEUR BASE COMMUNAUTAIRE .. M VENDEUR PSI ..... N VENDEUR POINT DE VENTE ..... O AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
331B	Êtes-vous membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
331B1	Participez-vous au programme de SEECALINE?	OUI ..... 1 NON ..... 2	—▶ 331C
331B2	<p>Depuis combien de temps participez-vous au programme de SEECALINE?</p> <p>SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER '00'</p>	NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PLUS D'UN AN ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
331B3	L'animateur de ce programme de SEECALINE, était-il ACN SEECALINE, ANIMATEUR NAC, ANIMATEUR JSI, ou AUTRE?	ACN SEECALINE ..... 1 ANIMATEUR NAC ..... 2 ANIMATEUR JSI ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
331C	Connaissez-vous quelqu'un qui soit membre d'un groupement d'animation communautaire pour la santé?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
332B	Êtiez-vous allé au cours des 6 derniers mois à un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	—▶ 401
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
333A	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, est-ce que vous avez trouvé les médicaments prescrits?	ENTIÈREMENT ..... 1 PARTIELLEMENT ..... 2 AUCUN ..... 3	
333B	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, comment avez-vous trouvé le prix des médicaments, cher, moyen ou bon marché?	CHER ..... 1 MOYEN ..... 2 ABORDABLE/BON MARCHÉ ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
333C	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, combien aviez-vous payé pour les médicaments (PRIX EN FMG)?	FRANCS MG ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FMG 99995 OU PLUS ..... 99995 GRATUIT ..... 99996 NE SAIT PAS ..... 99998	
333D	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, avez-vous pu payer vous-même les médicaments sans emprunter à un parent, ami ou voisin?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT**

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE EN 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 486	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).  Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> ▼	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/> ▼
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre</u> plus tard, Ou vouliez-vous <u>ne plus avoir</u> d'enfant du tout?	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 423) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	MOIS..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals?  SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN.....A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL.....B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....D  AUTRE.....X (PRÉCISER) PERSONNE.....Y (PASSER À 415) ←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	
410	VÉRIFIER 409:  NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="checkbox"/> (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/> ▼	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois?  Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	OUI NON POIDS ..... 1 2 TAILLE ..... 1 2 TENSION ..... 1 2 URINE ..... 1 2 SANG ..... 1 2	
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS ..... 8	
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
415	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une injection dans votre bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416A) ← NE SAIT PAS ..... 8	
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
416A	VÉRIFIER 416: NOMBRE D'INJECTIONS REÇUES CONTRE LE TÉTANOS OU Q.416 NON-POSÉE  SI: MOINS DE 2 INJECTIONS OU Q.416 EST NON-POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ AU MOINS 2 INJECTIONS <input type="checkbox"/> → 417		
416B	Maintenant, je voudrais que vous-vous rappeliez des injections que vous auriez reçu contre le tétanos avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM).  Avez-vous reçu une injection (vaccination) pour éviter le tétanos, n'importe quand avant que vous deveniez enceinte de votre dernière naissance (NOM) ?  Vous pouvez avoir reçu cette injection au cours d'une grossesse précédente, entre les grossesses ou même avant votre première grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS ..... 8	
416C	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos avant que vous deveniez enceinte la dernière fois?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
416D	Maintenant, je voudrais que vous vous rappeliez quand vous avez reçu ces injections contre le tétanos la dernière fois, avant la dernière grossesse. En particulier, je voudrais que vous-vous rappeliez de la plus récente de ces dernières injections que vous avez reçues.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
416D1	Quand avez-vous reçu la dernière de ces injections?		
416D2	OU, SI DATE INCONNUE : Depuis combien d'années avez-vous reçu la dernière de ces injections?	COMBIEN D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 98	
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer? MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 419) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 423) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	
422	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE..... A FANSIDAR ..... B QUININE ..... C MÉDICAMENT INCONNU ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/ elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	
424	(NOM) a-t-il/ elle été pesé(e) à la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425AA) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425AA) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
425	Combien (NOM) pesait-il/ elle?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 9998	GRAMMES DU CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 9998
425AA	Est-ce que (NOM) a-t-il/elle un acte de naissance?  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU..... 1 (PASSER À 426) ◀ OUI, PAS VU..... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE ..... 8	OUI, VU..... 1 (PASSER À 426) ◀ OUI, PAS VU..... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE ..... 8
425A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.  SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER: Si une personne adulte était présente à l'accouchement.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y
426A	Au cours de l'accouchement de votre dernière naissance (NOM), avez-vous reçu une injection pour éviter le tétanos?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
426B	Depuis votre accouchement de votre dernière naissance (NOM), avez-vous reçu n'importe quelle injection pour éviter le tétanos?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 427) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	
426C	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos depuis votre accouchement de votre dernière naissance (NOM)?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	
427	Où avez-vous accouché de (NOM)?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 (PASSER À 429) ◀ AUTRE DOMICILE ..... 12  SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... 22  AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ◀	DOMICILE VOTRE DOMICILE..... 11 (PASSER À 429) ◀ AUTRE DOMICILE..... 12  SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... 22  AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ◀

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE								
		NOM _____	NOM _____								
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI ..... 1 (PASSER À 433) ◀ NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 435) ◀ NON ..... 2								
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 433) ◀	OUI ..... 1 (PASSER À 435) ◀ NON ..... 2								
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé  ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. .... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES APRÈS ACC 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998									
431	Qui vous a examinée à ce moment-là?  INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL .... 12  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE ..... 21  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE ..... 31  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)									
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12  SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I.23  AUTRE PUBLIC ..... 26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL ..... 36 (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)									
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci?  MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2									
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 436) ◀ NON ..... 2 (PASSER À 437) ◀									
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIÈRE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 439) ◀								
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98						

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- OU PAS SÛRE CEINTE ▼ (PASSER À 439) ◀	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 440) ◀	
439	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998
440	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 447) ◀	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 447) ◀
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000 HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ◀	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ◀
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement ?	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS ..... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS ..... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ◀	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ◀
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 448) ◀ NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 448) ◀ NON ..... 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98

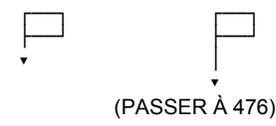


**SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ**

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1998. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																						
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																				
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLER À 456, DERNIÈRE CO-LONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484)																																																																																																																																				
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8																																																																																																																																				
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît? (SI LE CARNET EST VU, NOTER S'IL EST DE CARNET ZAZASALAMA OU D'UN AUTRE TYPE DE CARNET ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT)	OUI, VU/ZAZASALAMA .....1 (PASSER À 460) ← OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET .....2 (PASSER À 460) ← OUI, MAIS CARNET PAS VU .....3 (PASSER À 462A) ← PAS DE CARNET .....4 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, VU/ZAZASALAMA .....1 (PASSER À 460) ← OUI, VU/MAIS AUTRE CARNET .....2 (PASSER À 460) ← OUI, MAIS CARNET PAS VU .....3 (PASSER À 462A) ← PAS DE CARNET .....4 NE SAIT PAS .....8																																																																																																																																				
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?  SI OUI: Était-il un carnet ZAZASALAMA? (MONTRER UN CARNET ZAZASALAMA)	OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA ..... 1 (PASSER À 462) ← OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA ..... 2 (PASSER À 462) ← NON/PAS EU DE CARNET ..... 3	OUI/C'ÉTAIT ZAZASALAMA ..... 1 (PASSER À 462) ← OUI/ MAIS CARNET N'ÉTAIT PAS ZAZASALAMA ..... 2 (PASSER À 462) ← NON/PAS EU DE CARNET .....3																																																																																																																																				
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.  (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  BCG POLIO 0 ( à la naissance) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTcoq 1 DTcoq 2 DTcoq 3 Rougeole Hépatite – B1 VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	JOUR MOIS ANNÉE BCG ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HépB1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>VIT. A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P0						P1						P2						P3						D1						D2						D3						ROUG						HépB1						VIT. A						JOUR MOIS ANNÉE BCG ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P0</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>P3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>D3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>ROUG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>HépB1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>VIT. A</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P0						P1						P2						P3						D1						D2						D3						ROUG						HépB1						VIT. A					
P0																																																																																																																																							
P1																																																																																																																																							
P2																																																																																																																																							
P3																																																																																																																																							
D1																																																																																																																																							
D2																																																																																																																																							
D3																																																																																																																																							
ROUG																																																																																																																																							
HépB1																																																																																																																																							
VIT. A																																																																																																																																							
P0																																																																																																																																							
P1																																																																																																																																							
P2																																																																																																																																							
P3																																																																																																																																							
D1																																																																																																																																							
D2																																																																																																																																							
D3																																																																																																																																							
ROUG																																																																																																																																							
HépB1																																																																																																																																							
VIT. A																																																																																																																																							

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460)  (PASSER À 464) ◀ NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460)  (PASSER À 464) ◀ NON ..... 2 (PASSER À 464) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
462A	Est-ce que le carnet de vaccination que (NOM) possède est un carnet ZAZASALAMA?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice? <sup>3</sup>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ◀ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ◀ PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 ..... A 2 ..... B 3 ..... C 4 ..... D	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 ..... A 2 ..... B 3 ..... C 4 ..... D
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467: FIÈVRE OU TOUX?	"OUI" À 466 OU AUTRE <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 OU AUTRE <input type="checkbox"/> 467 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre/toux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472) ←
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER II.....A CENTRE HÔPITALIER I.....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D  AUTRE PUBLIC _____E (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ.....G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H MÉDECIN PRIVÉ..... I CENTRE PF/FISA.....J  AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____K (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE AGENT VBC ..... L BOUTIQUE..... M KIOSQUE.....N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O  AUTRE _____X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER II.....A CENTRE HÔPITALIER I.....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D  AUTRE PUBLIC _____E (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ.....G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H MÉDECIN PRIVÉ..... I CENTRE PF/FISA.....J  AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____K (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE AGENT VBC ..... L BOUTIQUE..... M KIOSQUE.....N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O  AUTRE _____X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466: A EU DE LA FIÈVRE?	"OUI" À 466 <input type="checkbox"/> ↓ "NON"/"NSP" À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	"OUI" À 466 <input type="checkbox"/> ↓ "NON"/"NSP" À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS ..... 8
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR .....A CHLOROQUINE.....B ASPIRINE.....C IBUPROFENACET AMINOPHEN....D  AUTRE _____X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	FANSIDAR .....A CHLOROQUINE.....B ASPIRINE.....C IBUPROFENACET AMINOPHEN....D  AUTRE _____X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
475A	VÉRIFIER 445: DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	"OUI" À 445      "NON" À 445  (PASSER À 476)	
475B	Quand (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, avez-vous changé le nombre d'allaitement/ de tétées?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 476) ◀	
475C	Pendant la diarrhée que (NOM) a eu au cours des deux dernières semaines, lui avez-vous augmenté ou réduit le nombre d'allaitement/ tétées, ou avez-vous arrêté complètement de l'allaiter ?	AUGMENTÉ ..... 1 RÉDUIT ..... 2 ARRÊTÉ COMPLÈTEMENT ..... 3	
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <b>SI MOINS, INSISTER:</b> Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout?  SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ... 6 NE SAIT PAS ..... 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?  a Un liquide préparé à partir d'un sachet ?  b Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	OUI NON NSP	NSP OUI NON
		LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8
		LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8	LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ◀ NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ◀ NE SAIT PAS ..... 8
480	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/PLANTES ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (I.V.) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/PLANTES ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISER)
481	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER II.....A</p> <p>CENTRE HÔPITALIER I.....B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____E (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ.....G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ.....I</p> <p>CENTRE PF/FISA.....J</p> <p>AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____K (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC ..... L</p> <p>BOUTIQUE..... M</p> <p>KIOSQUE.....N</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O</p> <p>AUTRE _____X (PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER II.....A</p> <p>CENTRE HÔPITALIER I.....B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____E (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ.....G</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ.....I</p> <p>CENTRE PF/FISA.....J</p> <p>AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____K (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT VBC..... L</p> <p>BOUTIQUE..... M</p> <p>KIOSQUE.....N</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..O</p> <p>AUTRE _____X (PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER																								
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES COLONNES: NOMBRE D'ENFANTS <u>VIVANTS</u> NÉS EN 1998 OU PLUS TARD UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/>		→ 487																								
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES ..... 01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES .. 02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT ..... 03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR ..... 04 ENTERRE DANS LA COUR ..... 05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU ..... 06 NE S'EN DÉBARRASSE PAS..... 07 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																									
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS SRO <input type="checkbox"/>		→ 488																								
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
488	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→ 490																								
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3																									
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.  Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce-que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème?  Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	<table border="0"> <thead> <tr> <th>GROS PROBLÈME</th> <th>PETIT PROBLEME</th> <th>AUCUN PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	GROS PROBLÈME	PETIT PROBLEME	AUCUN PROBLÈME	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
GROS PROBLÈME	PETIT PROBLEME	AUCUN PROBLÈME																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									
1	2	3																									

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218:</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2000 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		→494

492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours , y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Eau de riz?</p> <p>c Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>d Tout autre type de lait, comme le lait en boite, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>e Jus de fruit?</p> <p>f Autres liquides?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p>
-----	--	--	--

493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours , y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER: Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Aliments à base de céréales [ex: Mogofasy, mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?</p> <p>b Igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, farine de manioc (cassava), ou autre tubercules/racines locales]?</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?</p> <p>h Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?</p> <p>i Fromage ou yaourts?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>
-----	---	--	--

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→494 F
494A	Pour quelles raisons avez-vous utilisé une moustiquaire ?	ÉVITER PIQURES DE MOUSTIQUES ..... A ÉVITER LE PALUDISME ..... B ÉVITER LES INSECTES ..... C JE SUIS ENCEINTE ..... D NE SAIT PAS ..... E AUTRE ..... F (PRÉCISER)	
494B	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous avez dormi la nuit dernière a été achetée au marché ou reçue gratuitement ?	ACHETÉE AU MARCHÉ ..... 1 REÇU D'UNE ONG OU D'UNE ORGANISATION ..... 2 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	
494C	Depuis combien de temps avez-vous acheté ou reçu cette moustiquaire ? SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
494D	Est-ce que la moustiquaire a été imprégnée d'insecticide ou non depuis que vous l'avez eue ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	┌  →494F └
494E	Depuis combien de temps la moustiquaire a-t-elle été imprégnée d'insecticide la dernière fois ?  SI PLUS DE 84 MOIS, CODER 95	NOMBRE DE MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
494F	Avez-vous déjà entendu parler d'une marque de moustiquaire qui s'appelle SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→494I
494G	Où avez-vous entendu parler de moustiquaire de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	À LA RADIO ..... A A LA TELE ..... B SUR DES AFFICHES ..... C SUR LES PAQUETS EN VENTE ..... D PARENTS ..... E AMIS ..... F MEDECINS ..... G CINEMOBILE ..... H T-SHIRT/CASQUETTES ..... I AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
494H	Est-ce que la moustiquaire sous laquelle vous dormez habituellement est de marque SUPERMOUSTIQUAIRE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
494I	VÉRIFIER 226:  ACTUELLEMENT ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/>		→495
494J	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	OUI... ..... 1 NON ..... 2	→495

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
494K	Avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	OUI .....1 NON .....2	→ 495
494L	<p>Quels médicaments avez-vous pris ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTI-PALUDIQUE, DEMANDER: Combien de temps après que la fièvre a commencé avez-vous commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>CODES EN JOUR : MEME JOUR = 0 1 JOUR APRES FIEVRE = 1 2 JOURS APRES FIEVRE = 2 3 JOURS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>CHLOROQUINE .....A</p> <p>FANSIDAR.....B</p> <p>QUININE ..... C</p> <p>AUTRES MEDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE ..... D</p> <p>PARACETAMOL.....E</p> <p>AUTRE..... X</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>NOMBRE DE FOIS/ JOUR</p>	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI .....1 NON .....2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS .....3	
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES ..... A OUI, PIPE..... B OUI, AUTRE TABAC..... C NON ..... Y	
497	VÉRIFIER 496:  <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>		→ 498A
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes (nombre de tiges) avez-vous fumé?	CIGARETTES ..... <input type="text"/>	
498A	Avez-vous déjà entendu des chansons sur l'allaitement?	OUI .....1 NON .....2	→ 498C
498B	Avez-vous entendu chanter sur l'allaitement dans la musique de POOPY, dans des chansons populaires de vos communautés ou autres?	POOPY.....1 COMMUNAUTÉS.....2 AUTRE MUSIQUE .....3	
498C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions liées à votre propre santé. Avez-vous une carte (ou un carnet) de santé ou un autre document où sont inscrites vos propres vaccinations?  SI OUI : PUIS-JE LE VOIR ?	OUI (CARTE VUE) .....1 OUI (MAIS CARTE PAS VUE).....2 NON .....3 NE SAIT PAS .....8	
498D	VÉRIFIER 215: <p>A EU AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>N'APAS EU DE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p>		→ 498F



498E	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1 <sup>ère</sup> naissance que vous avez eue. Ces questions portent sur les vaccinations contre le tétanos dont nous avons déjà parlé dans cette interview, et la rougeole. REPORTER ICI DANS CE TABLEAU, LA LISTE DE TOUTES LES NAISSANCES DE L'ENQUÊTÉE À PARTIR DU TABLEAU REPRODUCTION Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.						
Nom de votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	<b>TÉTANOS</b>		<b>ROUGEOLE</b>				Avez-vous, vous-même déjà amené (Nom) à au moins une vaccination?
	Durant la grossesse de (Nom), avez-vous reçu une injection dans votre bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	SI OUI : Combien de fois avez-vous reçu ces injections pour éviter le tétanos au cours de la grossesse de (NOM)?	Est-ce que (Nom) a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule vers l'âge de 1 an, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Est-ce que (Nom) a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule à n'importe quel âge, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Quand (Nom) est né a-t-il/elle reçu une injection contre la rougeole sur son bras ou à l'épaule au cours d'une journée nationale de vaccination ou au cours d'autre campagne publique ou scolaire, pour le/la protéger contre ces éruptions cutanées?	Est-ce que (Nom) est déjà tombé malade de la rougeole (NOM LOCAL DE LA MALADIE), qui se manifeste par de la fièvre intense et des éruptions cutanées?	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
01	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8
02	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8
03	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8
04	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8
05	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8
06	OUI .....1 NON .....2 (PASSER À (4)) ◀ NE SAIT PAS .....8	NOMBRE DE FOIS... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	OUI .....1 (PASSER À (6)) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 (CAMPAGNE) ◀ NON .....2 NE SAIT PAS .....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8	OUI .....1 NON ...2 NSP ....8

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
498F	Il y'a t-il un établissement de santé à côté de vous dans votre village/centre urbain où vous pouvez vous rendre pour effectuer des visites prénatales en cas de besoin?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	

**SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	↳505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON ..... 3	→510 →514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	↳510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM _____  No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI..... 1 NON ..... 2	→510
508	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	→510
509	Êtes-vous la première, seconde, .... femme?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
511	VÉRIFIER 510:  MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS <input type="text"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire?  MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/> ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale?  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez eus)?	JAMAIS ..... 00 ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE..... 95	→524
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels?  ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE EN ANNÉES.	NOMBRE DE JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→524

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI..... 1 NON ..... 2	→516D
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	
516B	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ ..... 1 PARTENAIRE A FOURNI ..... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI ..... 3	↳517
516C	Combien avez-vous payé pour les condoms?  ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG <input type="text"/> CADEAU/GRATUIT ..... 9996	↳517
516D	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE ..... A REFUS DE PARTENAIRE ..... B N'AIME PAS LES CONDOMS ..... C ÇA REDUIT LE PLAISIR..... D CONDOM SE DECHIRE ..... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR ..... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE.. G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE... H FIDELE A MON PARTENAIRE..... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE ..... J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF ..... K CONDOM COUTE TROP CHER ..... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN ..... M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR ..... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST..... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES ..... Q VEUT CONCEVOIR ..... S AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM ..... Z	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?  SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER:  Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?  SI "OUI", ENREGISTRER '01' SI "NON", ENREGISTRER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT ..... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ ..... 02 C'EST UN AUTRE AMI ..... 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. 04 C'EST UN PARENT ..... 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).. 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→519

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
518	Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme?  SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.	JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MOIS ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme?	OUI..... 1 NON ..... 2	→524																
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI..... 1 NON ..... 2	→520F																
520A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.. 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8																	
520D	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ ..... 1 PARTENAIRE A FOURNI ..... 2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI ..... 3	↳521																
520E	Combien avez-vous payé pour les condoms?  ENREGISTRER LE PRIX DE 3 CONDOMS EN FMG	PRIX 3 CONDOMS/FMG <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> CADEAU/GRATUIT ..... 96					↳521												
520F	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE ..... A REFUS DE PARTENAIRE ..... B N'AIME PAS LES CONDOMS ..... C ÇA REDUIT LE PLAISIR..... D CONDOM SE DECHIRE ..... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR ..... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE..G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE...H FIDELE A MON PARTENAIRE..... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE ..... J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF ..... K CONDOM COUTE TROP CHER ..... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN ..... M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR ..... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST..... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES ..... Q VEUT CONCEVOIR ..... S AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM ..... Z																	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
521	<p>Quelle est votre relation avec cet autre homme?</p> <p>SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '01' SI "NON", ENREGISTRER '02'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ ..... 02 C'EST UN AUTRE AMI ..... 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL. 04 C'EST UN PARENT ..... 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).. 06</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	→523																
522	<p>Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet autre homme?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p>	<p>JOURS ..... 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>SEMAINES..... 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>MOIS ..... 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>ANNÉES ..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>																	
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIREs... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>																	
523A	<p>Vous est-il déjà arrivé de recevoir de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI..... 1 NON ..... 2</p>	→524																
523B	<p>Combien de temps s'est écoulé depuis la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs?</p>	<p>NOMBRE DE JOURS ..... 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>NOMBRE DE SEMAINES..... 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>NOMBRE DE MOIS ..... 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>NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <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 SE SOUVIENT PAS..... 998</p>																	
523C	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels en échange d'argent, de cadeaux ou de faveurs, un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>OUI..... 1 NON ..... 2</p>																	
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI..... 1 NON ..... 2</p>	→527																
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT DE TERRAIN..... E AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT DE TERRAIN..... K AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ L (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M ÉGLISE..... N AMIS/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>																	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
526	Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8	
527	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminins?	OUI..... 1 NON ..... 2	→601
528	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENTRE HÔPITALIER ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE ..... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL..... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE..... M</p> <p>ÉGLISE ..... N</p> <p>AMIS/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
529	Si vous le souhaitez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom féminin?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8	

**SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/ un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p> <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. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Autre raison?</p>	<p>NON MARIÉE .....A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS .....B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE. .... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE .....E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM..... F</p> <p>ALLAITEMENT ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE .....I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ...K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX .....L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE..... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... Q</p> <p>TROP CHER ..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER .....S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... T</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT .....1</p> <p>PETIT PROBLÈME.....2</p> <p>AUCUN PROBLÈME .....3</p> <p>DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ NE PEUT PAS AVOIR DE RAPPORTS SEXUELS.....4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI .....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NE SAIT PAS.....8</p>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 614</p>

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
617	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale:</p> <p>a) À la radio?  b) À la radio "SHOW TOKY SY ANTOKA"?  c) À la télévision?  d) Dans des journaux ou magazines?  e) Sur des affiches?  f) Par les pairs éducateurs?  g) Au cours des animations?  h) À Cinémobile?  i) Au film "BAKAPILESY"?</p>	<p style="text-align: right;">OUI    NON</p> RADIO ..... 1    2 RADIO "SHOW TOKY SY ANT" .. 1    2 TÉLÉVISION..... 1    2 JOURNAUX OU MAGAZINES .... 1    2 AFFICHES ..... 1    2 PAIRS ÉDUCATEURS ..... 1    2 ANIMATIONS ..... 1    2 CINÉMOBILE..... 1    2 FILM BAKAPILESY ..... 1    2	
618	<p>À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?  À la télévision?  Dans les journaux ou magazines?  Sur des affiches ?  Dans des prospectus/brochures ?  Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?  A l'école ?</p>	<p style="text-align: right;">ADMIS-    IN- SIBLE    ADMIS- SIBLE</p> À LA RADIO..... 1    2 À LA TV ..... 1    2 DANS LES JOURNAUX ... 1    2 SUR DES AFFICHES ..... 1    2 DANS PROSPECTUS ..... 1    2 ANIMATION CULT ..... 1    2 A L'ECOLE ..... 1    2	
619	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	→ 621
620	<p>Avec qui en avez-vous discuté?  Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE.....A  MÈRE .....B  PÈRE .....C  SOEUR(S).....D  FRÈRE(S).....E  FILLE(S).....F  FILS .....G  BELLE-MÈRE(S).....H  AMI(E)S/VOISIN(E)S.....I    PERSONNEL DE SANTÉ.....J  PAIRS ÉDUCATEURS .....K    AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	
621	<p>VÉRIFIER 501:</p> <p>OUI, ACTUEL-    OUI,    NON, LEMENT    VIT AVEC    PAS EN MARIÉE    UN HOMME    UNION  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>		→ 628
622	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>UN CODE    PAS DE CODE ENCERCLÉ    ENCLERCLÉ  <input type="checkbox"/>    <input type="checkbox"/></p>		→ 624
623	<p>Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1  DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2  DÉCISION COMMUNE ..... 3    AUTRE _____ 6  (PRÉCISER)</p>	
624	<p>Maintenant je voudrais vous demander au sujet des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale.</p> <p>Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?</p>	<p>APPROUVE ..... 1  DÉSAPPROUVE ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
625	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/ partenaire?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 PLUS SOUVENT ..... 3	
626	VÉRIFIER 311/311A:  NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 628
627	Pensez-vous que votre mari/ partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand:		
			OUI NON NSP
	Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST ..... 1	2 8
	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes?	AUTRES FEMMES ..... 1	2 8
	Elle a accouché récemment?	ACCOUCHE. RÉCENT ..... 1	2 8
	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?	FATIGUÉE/PAS HUMEUR .... 1	2 8

**SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 703</p> <p>→ 707</p>
702	<p>Quel âge a eu votre mari/ partenaire à son dernier anniversaire?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/></p>	
703	<p>Est-ce que votre (dernier) mari/ partenaire a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE 1 ..... 2</p> <p>SECONDAIRE 2 ..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 706
705	<p>Quelle est la dernière (classe/ année) qu'il a achevé à ce niveau? INSCRIRE « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ.</p>	<p>CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <p>ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?</p>	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
707	<p>En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 710
708	<p>Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 710
709	<p>Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 719

CODES Q.705

Q.704 : NIVEAU D'ÉDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 = 2	SEC. 2 = 3	SUPERIEUR = 4
CLASSE	0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE			
	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6 ème = 1 T7 = 5 ème = 2 T8 = 4 ème = 3 T9 = 3 ème = 4 NSP = 8	T10 = 2nd = 1 T11 = 1ère = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1 ère année = 1 2 ème année = 2 3 ème année = 3 4 ème année = 4 5 ème année ou + = 5 NSP = 8

710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"></div>	
711	<b>VÉRIFIER 710:</b>  TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 200px;">NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></span>		→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE .....1 TERRE DE LA FAMILLE .....2 TERRE LOUÉE .....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE.....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE .....2 À SON COMPTE .....3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON .....1 LOIN DE LA MAISON .....2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE .....1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE .....2 TEMPS EN TEMPS.....3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT .....1 ARGENT ET NATURE .....2 EN NATURE SEULEMENT.....3 PAS PAYÉE .....4	↙ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME .....1 MARI/PARTENAIRE .....2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE .....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE .....5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN .....1 MOINS DE LA MOITIÉ.....2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ .....3 PLUS DE LA MOITIÉ .....4 LA TOTALITÉ .....5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes:  Vos propres soins de santé?  Les achats de choses importantes pour le ménage?  Les achats pour les besoins quotidiens du ménage?  Les visites à la famille ou aux parents?  Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6  SOINS            1    2    3    4    5    6  CHO. IMP.       1    2    3    4    5    6  QUOTID.        1    2    3    4    5    6  VISITES         1    2    3    4    5    6  NOURRIT.       1    2    3    4    5    6	

720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE</th> <th>PRÉS./ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÉS.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt;10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.	ENFANTS <10	1	2	8	MARI	1	2	8	AUTRES HOMMES	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8					
	PRÉS./ ÉCOUTE	PRÉS./ ÉCOUTE PAS	PAS PRÉS.																								
ENFANTS <10	1	2	8																								
MARI	1	2	8																								
AUTRES HOMMES	1	2	8																								
AUTRES FEMMES	1	2	8																								
721	<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 border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <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>DISCUTER</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> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORTIR	1	2	8	NÉGL. ENFANTS	1	2	8	DISCUTER	1	2	8	REFUSER SEX.	1	2	8	BRÛLER NOUR.	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORTIR	1	2	8																								
NÉGL. ENFANTS	1	2	8																								
DISCUTER	1	2	8																								
REFUSER SEX.	1	2	8																								
BRÛLER NOUR.	1	2	8																								

**SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	► 817
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	► 809
803	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. .... A UTILISER DES CONDOMS ..... B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE ..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTE- NAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES..... E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE... F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS .... G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES .... H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG ..... I ÉVITER INJECTIONS ..... J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES .. K ÉVITER D'EMBRASSER..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ..... M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS..... N  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	
804	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
808	Est-ce qu'on peut se protéger du virus du SIDA en s'abstenant complètement de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus (ou encore malade) du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	► 813B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis:  Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NONNSP DURANT GROSSESSE ..... 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM..... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT .... 1 2 8	
813B	Selon vous, courez-vous des risques importants, des risques moyens, des risques faibles ou pas de risques du tout de contracter le virus qui cause le SIDA?	IMPORTANTS ..... 1 MOYENS ..... 2 FAIBLES ..... 3 PAS DE RISQUES DU TOUT ..... 4 A LE SIDA ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	↕ 813D  → 817 → 813
813C	<b>VÉRIFIER 813B:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>RISQUES FAIBLES <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pourquoi pensez-vous que vos risques de contracter le virus qui cause le SIDA sont faibles?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS DE RISQUE DU TOUT <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pourquoi pensez-vous que vous ne courez aucun risque de contracter le virus qui cause le SIDA?</p> </div> </div> <p>Y a-t-il d'autres raisons?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	S'ABSTIENT DE RAPPORTS SEX..... A UTILISE CONDOMS ..... B LIMITE RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/FIDÈLE PARTEN. .... C LIMITE LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS..... D PARTENAIRE EST FIDÈLE ..... E ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES. G ÉVITE RAP. AVEC HOMOSEXUELS ..... H ÉVITE RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DROGUES ..... I ÉVITE TRANSFUSIONS SANG..... J ÉVITE INJECTIONS..... K ÉVITE D'EMBRASSER..... L ÉVITE PIQÛRES MOUSTIQUES..... M ÉVITE PARTAGER RASOIRS/LAMES ..... N  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	↕ 813
813D	<b>VÉRIFIER 813B:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>RISQUES MOYENS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques moyens de contracter le virus qui cause le SIDA?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>RISQUES IMPORTANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Pourquoi pensez-vous que vous courez des risques importants de contracter le virus qui cause le SIDA?</p> </div> </div> <p>Y a-t-il d'autres raisons?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	N'UTILISE PAS CONDOMS..... B NE LIMITE PAS RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE/NE RESTE PAS FIDÈLE À 1 SEUL PARTENAIRE ..... C A DE NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS ..... D PARTENAIRE EST INFIDÈLE ..... E SE PROSTITUE ..... F A RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES. G A RAP. AVEC HOMOSEXUELS ..... H A RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI ONT INJECTIONS DE DROGUES ..... I A DES TRANSFUSIONS SANG ..... J A DES INJECTIONS ..... K EMBRASSE..... L SE FAIT PIQUER PAR MOUSTIQUES..... M PARTAGE RASOIRS/LAMES ..... N  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																														
813	VÉRIFIER 501:  OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 815A																														
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez) ?	OUI ..... 1 NON..... 2																															
815A	À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA:  a) À n'importe laquelle radio? b) Radio show "PROTECTOR TIMES"? c) À la télévision? d) Dans des journaux ou magazines? e) Sur des affiches? f) Par les pairs éducateurs? g) Au cours des animations? h) À Cinémobile? i) Au film "BAKAPILESY"?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>ADMIS- SIBLE</td> <td>PAS ADMIS- SIBLE</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SHOW PROTECTOR TIMES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAIRS ÉDUCATEURS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANIMATIONS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CINÉMOBILE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FILM BAKAPILESY .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		ADMIS- SIBLE	PAS ADMIS- SIBLE	RADIO .....	1	2	SHOW PROTECTOR TIMES .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES .....	1	2	AFFICHES .....	1	2	PAIRS ÉDUCATEURS .....	1	2	ANIMATIONS .....	1	2	CINÉMOBILE .....	1	2	FILM BAKAPILESY .....	1	2	
	ADMIS- SIBLE	PAS ADMIS- SIBLE																															
RADIO .....	1	2																															
SHOW PROTECTOR TIMES .....	1	2																															
TÉLÉVISION .....	1	2																															
JOURNAUX OU MAGAZINES .....	1	2																															
AFFICHES .....	1	2																															
PAIRS ÉDUCATEURS .....	1	2																															
ANIMATIONS .....	1	2																															
CINÉMOBILE .....	1	2																															
FILM BAKAPILESY .....	1	2																															
815	Si une personne de votre famille devient infectée par le virus qui cause le SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non?	OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE..... 8																															
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND..... 8																															
816A	Est-ce que les personnes atteintes du SIDA et qui travaillent avec d'autres personnes dans des boutiques, des bureaux, ou dans des fermes, devraient être autorisées ou non à continuer leur travail ?	PEUT CONTINUER À TRAVAILLER ..... 1 PAS CONTINUER À TRAVAILLER..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8																															
816B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans concernant l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8																															
816C	Avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 816D																														
816C1	À quand remonte la dernière fois que vous avez effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA?	MOINS DE 12 MOIS..... 1 12-23 MOIS ..... 2 2 ANS (24 MOIS), OU PLUS..... 3																															
816C2	La dernière fois, vous avez effectué le test, l'avait-il été effectué sur votre propre demande, avait-il été offert à vous et vous l'avez l'accepté, ou il vous a été imposé?	TESTÉ SUR PROPRE DEMANDE ..... 1 TEST OFFERT ET IL L'A ACCEPTÉ ..... 2 TEST A ÉTÉ IMPOSÉ..... 3																															
816C3	Avez-vous obtenu le résultat du test pour savoir si vous aviez le virus du SIDA, mais je voudrais pas connaître le résultat?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 816FX																														
816D	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE ..... 8																															
816E	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 817																														

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816F  816FX	<p>Où pouvez-vous aller pour ce test?</p> <p>Où êtes vous allée pour ce test?</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>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC CENTRE HÔPITALIER II .....A CENTRE HÔPITALIER I.....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____E (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .....F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ..... J</p> <p>AUTRE PRIVÉ. MEDICAL _____K (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE AGENT VBC..... L BOUTIQUE ..... M KIOSQUE ..... N GUÉRISSEUR TRADITIONNEL . O</p> <p>AUTRE _____X (PRÉCISER)</p>	
817	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 901
818	<p>Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES.....A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/.....B ÉCOULEMENT MALODORANT .....C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT .....D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUE GÉNITALE.....H DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS .....K IMPUISSANCE..... L</p> <p>AUTRE _____W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES .....Y NE SAIT PAS .....Z</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819	<p>Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible?</p> <p>Aucun autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES.....A  ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES.....B  PERTES MALODORANTES .....C  DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT .....D  ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA  ZONE GÉNITALE .....E  GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F  PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G  VERRUE GÉNITALE .....H  DÉMANGEAISONS GÉNITALES..... I  SANG DANS LES URINES ..... J  PERTE DE POIDS .....K  DIFFICILE DE TOMBER ENCEINTE/  AVOIR UN ENFANT ..... L  AUTRE _____ W  (PRÉCISER)  AUTRE _____ X  (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔMES ..... Y  NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p>↳ 819B</p>
819A	<p>Si vous présentiez certains de ces symptômes, où iriez-vous pour avoir des conseils ou des soins?</p>	<p>SECTEUR PUBLIC  CENTRE HÔPITALIER II ..... 11  CENTRE HÔPITALIER I..... 12  CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 13  CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ  CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21  CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22  PHARMACIE/DÉPÔT DE  MÉDICAMENTS ..... 23  MÉDECIN PRIVÉ ..... 24  CENTRE DE PF/FISA ..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE  AGENT VBC..... 31  BOUTIQUE..... 32  KIOSQUE ..... 33  ÉGLISE ..... 34  GUÉRISSEUR/TRADI-PRAT. .... 35  PARENTS/AMIS..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISER)</p>	
819B	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 901</p>
819C	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	
819D	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	
819E	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?</p>	<p>OUI ..... 1  NON..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À															
819F	VÉRIFIEZ 819C, 819D, 819E:  A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/>		→ 901															
819G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 819I															
819H	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....  Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON		1	2		1	2		1	2		1	2	
	OUI	NON																
	1	2																
	1	2																
	1	2																
	1	2																
819I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), en avez vous informé la/ les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON..... 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES ..... 3																
819J	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI ..... 1 NON..... 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ ..... 3	↓ → 901															
819K	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous....  Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON		1	2		1	2		1	2				
	OUI	NON																
	1	2																
	1	2																
	1	2																

**SECTION 9. MORTALITÉ MATERNELLE**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. <b>À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?</b>	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE ..... <input type="text"/>						
902	VÉRIFIER 901:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> DEUX NAISSANCES OU PLUS  <input type="text"/>  ▼ </div> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE)  <input type="text"/> </div> </div>							→ 914
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/>						
904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[1] <input type="text"/>	[2] <input type="text"/>	[3] <input type="text"/>	[4] <input type="text"/>	[5] <input type="text"/>	[6] <input type="text"/>	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2						
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [2]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [3]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [4]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [5]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [6]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [7]	
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>						
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [2]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [3]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [4]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [5]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [6]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [7]	
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2						
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2						
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ..... 1 NON ..... 2						
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> ALLER À [7]	
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914								

904	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [8]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [9]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [10]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [11]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [12]	OUI ..... 1 NON ..... 2 ↳ ALLER 908 NSP ..... 8 ↳ ALLER À [13]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [8]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [9]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [10]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [11]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [12]	<input type="text"/> SI MASCULIN OU DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLER 913 ← NON ..... 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie (avant cette grossesse)?	<input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> ALLER À [13]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 914

914	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/>
		MINUTES ..... <input type="text"/>

INSTRUCTIONS :  
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE  
G GROSSESSE  
F FIN DE GROSSESSE

FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI  
NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE  
NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1998\*

S'IL N'Y A PAS EU DE GROSSESSE  
PRÉCÉDENTE DE CE GENRE,  
ENREGISTRER '00' POUR LE MOIS ET '0000'  
POUR L'ANNÉE

MOIS

ANNÉE


2			
0	04 AVRIL	01	
0	03 MARS	02	
4	02 FEVRIER	03	
	01 JANVIER	04	
	12 DÉCEMBRE	05	
	11 NOVEMBRE	06	
	10 OCTOBRE	07	
	09 SEPTEMBRE	08	
2	08 AOUT	09	
0	07 JUILLET	10	
0	06 JUIN	11	
3	05 MAI	12	
	04 AVRIL	13	
	03 MARS	14	
	02 FEVRIER	15	
	01 JANVIER	16	
	12 DÉCEMBRE	17	
	11 NOVEMBRE	18	
	10 OCTOBRE	19	
	09 SEPTEMBRE	20	
2	08 AOUT	21	
0	07 JUILLET	22	
0	06 JUIN	23	
2	05 MAI	24	
	04 AVRIL	25	
	03 MARS	26	
	02 FEVRIER	27	
	01 JANVIER	28	
	12 DÉCEMBRE	29	
	11 NOVEMBRE	30	
	10 OCTOBRE	31	
	09 SEPTEMBRE	32	
2	08 AOUT	33	
0	07 JUILLET	34	
0	06 JUIN	35	
1	05 MAI	36	
	04 AVRIL	37	
	03 MARS	38	
	02 FEVRIER	39	
	01 JANVIER	40	
	12 DÉCEMBRE	41	
	11 NOVEMBRE	42	
	10 OCTOBRE	43	
	09 SEPTEMBRE	44	
2	08 AOUT	45	
0	07 JUILLET	46	
0	06 JUIN	47	
0	05 MAI	48	
	04 AVRIL	49	
	03 MARS	50	
	02 FEVRIER	51	
	01 JANVIER	52	
	12 DÉCEMBRE	53	
	11 NOVEMBRE	54	
	10 OCTOBRE	55	
	09 SEPTEMBRE	56	
1	08 AOUT	57	
9	07 JUILLET	58	
9	06 JUIN	59	
9	05 MAI	60	
	04 AVRIL	61	
	03 MARS	62	
	02 FEVRIER	63	
	01 JANVIER	64	
	12 DÉCEMBRE	65	
	11 NOVEMBRE	66	
	10 OCTOBRE	67	
	09 SEPTEMBRE	68	
1	08 AOUT	69	
9	07 JUILLET	70	
9	06 JUIN	71	
8	05 MAI	72	
	04 AVRIL	73	
	03 MARS	74	
	02 FEVRIER	75	
	01 JANVIER	76	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_