



### QUESTIONNAIRE FEMME

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET A INDICATEURS MULTIPLES (EDSN-MICSIII, 2006)**

IDENTIFICATION	
NOM DE LA LOCALITÉ _____	
NUMÉRO DE GRAPPE .....	N. GRAPPE
NUMÉRO DE CONCESSION	N. CONCES.
NOM ET PRENOM DU CHEF DE MÉNAGE _____	N. MÉNAGE
RÉGION .....	RÉGION
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	MILIEU
NIAMEY/CHEF-LIEU REGION/AUTRE VILLE/RURAL (NIAMEY=1, CHEF-LIEU REGION=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....	MILIEU (DÉTAILLÉ)
ZONE UNICEF (OUI=1, NON=2, COMMUNE=3)	
NOM /PRENOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	N° DE LIGNE
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ DANS UNE ENQUÊTE HOMME ? (OUI=1, NON=2) .....	ENQUÊTE HOMME

VISITES D'ENQUÊTRICE					
	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE				JOUR	<div><div></div><div></div></div>
				MOIS	<div><div></div><div></div></div>
NOM DE L'ENQUÊTRICE				ANNÉE	<div><div>2</div><div>0</div><div>0</div><div>6</div></div>
				ENQUÊTRICE	<div><div></div><div></div></div>
RÉSULTAT*				RÉSULTAT	<div><div></div></div>
PROCHAINE VISITE					
DATE					
HEURE					
				NBRE TOTAL DE VISITES	<div><div></div></div>

\*CODES RÉSULTAT :

1 REMPLI

2 PAS À LA MAISON

3 DIFFÉRÉ

4 REFUSÉ

5 REMPLI PARTIELLEMENT

6 INCAPACITÉ

7 AUTRE

(PRÉCISER)

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** <div>FRANÇAIS</div>		<div>1</div>	LANGUE DE L'INTERVIEW** <div></div>		<div></div>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <div></div>
**CODES LANGUE :		1 FRANÇAIS	4 TAMASHEQ			
		2 HAOUSSA	5 FULFUDE			
		3 ZARMA	6 AUTRES			

CONTROLEUSE			CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLE BUREAU		SAISI PAR	
NOM			NOM						
DATE			DATE						

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

### INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

#### CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique. Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 1h et 1h30minutes. 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 le pays.

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.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>HEURE .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MINUTES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Niamey, dans une autre capitale, dans une ville ou en milieu rural ?  SI UNE VILLE ou CAPITALE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	NIAMEY ..... 1 CAPITALE AUTRES PAYS ..... 2 AUTRES VILLES ..... 3 MILIEU RURAL..... 4	
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.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANNÉES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>TOUJOURS .....</div> <div>95</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>VISITEUR .....</div> <div>96</div> </div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-left: 10px;"></div> → 105
104	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous à Niamey, dans une autre capitale, une ville, ou dans un village ?  SI UNE VILLE, DEMANDER LE NOM DE LA VILLE. _____	NIAMEY ..... 1 CAPITALE AUTRES PAYS ..... 2 AUTRES VILLES ..... 3 MILIEU RURAL..... 4	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>MOIS .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NSP MOIS .....</div> <div>98</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ANNÉE .....</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1 9</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NSP ANNÉE .....</div> <div>9998</div> </div>	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	
107	Avez-vous fréquenté l'école ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>OUI .....</div> <div>1</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>NON .....</div> <div>2</div> </div>	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, , ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2nd CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>CLASSE .....</div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> </div>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
110	<b>VÉRIFIER 108 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           PRIMAIRE  <input type="checkbox"/>            ↓         </div> <div style="text-align: center;">           SECONDAIRE OU PLUS  <input type="checkbox"/> →         </div> </div>		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 <div style="text-align: center;">(PRÉCISER LANGUE)</div> NON/MAL VOYANT ..... 5	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
113	<b>VÉRIFIER 111 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ ↓         </div> <div style="text-align: center;">           CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> →         </div> </div>		115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre localité et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE VOYAGES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUN ..... 00	→ 119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre localité pendant plus d'un mois de suite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
119	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 1 CHRÉTIENE ..... 2 ANIMISTE ..... 3 SANS RELIGION ..... 4 AUTRE ..... 6 <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>	
121	Quelle est votre Ethnie?	<b>CODE ETHNIE</b> ARABE ..... 01 DJERMA/SONGHAI ..... 02 GOURMANTCHE ..... 03 HAOUSSA ..... 04 KANOURI ..... 05 PEUL ..... 06 TOUAREG ..... 07 TOUBOU ..... 08 AUTRE ..... 96 <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>	
122	Quelle langue parlez-vous principalement à la maison ?	ARABE ..... 01 DJERMA/SONGHAI ..... 02 GOURMANTCHE ..... 03 HAOUSSA ..... 04 KANOURI ..... 05 PEUL ..... 06 TOUAREG ..... 07 TOUBOU ..... 08 AUTRE ..... 96 <div style="text-align: center;">(PRÉCISER)</div>	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... FILLES À LA MAISON ..... <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS ..... FILLES AILLEURS ..... <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... FILLES DÉCÉDÉES ..... <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px;"></div></div>	
209	VÉRIFIER 208 :  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.		
210	VÉRIFIER 208 :  UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		226

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 <sup>ère</sup> que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES Jumeaux / Triplés sur des lignes séparées.									
212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel prénom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?  (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(PRENOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (PRENOM) ?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(PRENOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (PRENOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(PRENOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (PRENOM) quand il/elle est décédé(e) ?  SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (PRENOM) 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 (PRENOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (PRENOM) ?
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 hassane	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 razak	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
04	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
05	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
06	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2
07	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant ?  (NOM)	Parmi ces naissances, y-avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?  SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM) ?
08	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
09	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
10	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
11	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
12	SIMP 1 MULT 2	GAR 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> (ALLER À 221)	JOURS 1 MOIS 2 ANNÉES 3	OUI 1 NON 2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI ..... 1 NON ..... 2 AJOUTER LA NAISSANCE À Q.212 ←			
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>								
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2001 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2001, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'. ( VOIR LES INSTRUCTIONS EN FIN DE QUESTIONNAIRE)		
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. 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"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 :  DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2001 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2001		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2001.  INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2001 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2001 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A ... SEMAINES .... 2</p> <p>IL Y A ... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A ... ANNÉES ..... 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p>	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div>
238	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<div> <div></div> <div>→ 240</div> </div>
239	<p>Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES .... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
240	<p>Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<div> <div></div> <div>→ 301</div> </div>
241	<p>Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<div> <div></div> <div>→ 301</div> </div>
242	<p>Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.</p> <p>Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>PAS SÛRE ..... 8</p>	



### SECTION 3. CONTRACEPTION

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

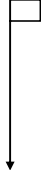

ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE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

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	302	Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ? OUI ..... 1 NON ..... 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
10	COMPRIME, MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, et quand ses règles ne sont pas encore revenues, une femme peut utiliser une méthode qui consiste à allaiter son bébé chaque fois qu'il le demande, de jour comme la nuit, sans jamais lui donner aucun autre aliment OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte. OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘		OUI ..... 1 NON ..... 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ? OUI ..... 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON ..... 2		OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2

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

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																														
312A	<p>Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment ?</p> <p>SI LE PAQUET EST MONTRÉ, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT</p>	<table border="0"> <tr><td>PLANYL .....</td><td>01</td></tr> <tr><td>OVRETTE .....</td><td>02</td></tr> <tr><td>LO FEMENAL .....</td><td>03</td></tr> <tr><td>MINIDRIL .....</td><td>04</td></tr> <tr><td>STEDIRIL .....</td><td>05</td></tr> <tr><td>ADEPAL .....</td><td>06</td></tr> <tr><td>MICROGYNON .....</td><td>07</td></tr> <tr><td>AUTRE .....</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2">(PRÉCISER)</td></tr> <tr><td>BOITE NON VUE .....</td><td>98</td></tr> </table>	PLANYL .....	01	OVRETTE .....	02	LO FEMENAL .....	03	MINIDRIL .....	04	STEDIRIL .....	05	ADEPAL .....	06	MICROGYNON .....	07	AUTRE .....	96	(PRÉCISER)		BOITE NON VUE .....	98	→ 312C										
PLANYL .....	01																																
OVRETTE .....	02																																
LO FEMENAL .....	03																																
MINIDRIL .....	04																																
STEDIRIL .....	05																																
ADEPAL .....	06																																
MICROGYNON .....	07																																
AUTRE .....	96																																
(PRÉCISER)																																	
BOITE NON VUE .....	98																																
312B	<p>Quel est le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment ?</p>	<table border="0"> <tr><td>PLANYL .....</td><td>01</td></tr> <tr><td>OVRETTE .....</td><td>02</td></tr> <tr><td>LO FEMENAL .....</td><td>03</td></tr> <tr><td>MINIDRIL .....</td><td>04</td></tr> <tr><td>STEDIRIL .....</td><td>05</td></tr> <tr><td>ADEPAL .....</td><td>06</td></tr> <tr><td>MICROGYNON .....</td><td>07</td></tr> <tr><td>AUTRE .....</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2">(PRÉCISER)</td></tr> <tr><td>NSP .....</td><td>98</td></tr> </table>	PLANYL .....	01	OVRETTE .....	02	LO FEMENAL .....	03	MINIDRIL .....	04	STEDIRIL .....	05	ADEPAL .....	06	MICROGYNON .....	07	AUTRE .....	96	(PRÉCISER)		NSP .....	98											
PLANYL .....	01																																
OVRETTE .....	02																																
LO FEMENAL .....	03																																
MINIDRIL .....	04																																
STEDIRIL .....	05																																
ADEPAL .....	06																																
MICROGYNON .....	07																																
AUTRE .....	96																																
(PRÉCISER)																																	
NSP .....	98																																
312C	<p>Combien vous coûte une boîte de 3 cycles de pilules ?</p>	<table border="0"> <tr> <td>COÛT .....</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>GRATUIT .....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9996</td> </tr> <tr> <td>NSP .....</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>9998</td> </tr> </table>	COÛT .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		GRATUIT .....					9996	NSP .....					9998	→ 316A												
COÛT .....	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																													
GRATUIT .....					9996																												
NSP .....					9998																												
313	<p>Où a eu lieu la stérilisation ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <table border="0"> <tr><td>HÔPITAL .....</td><td>11</td></tr> <tr><td>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE .....</td><td>12</td></tr> <tr><td>MATERNITE .....</td><td>13</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td>AUTRE PUBLIC .....</td><td>16</td></tr> <tr><td colspan="2">(PRÉCISER)</td></tr> </table> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <table border="0"> <tr><td>HÔPITAL/CLINIQUE .....</td><td>21</td></tr> <tr><td>MÉDECIN .....</td><td>22</td></tr> <tr><td>AUTRE PRIVE .....</td><td></td></tr> <tr><td>MÉDICAL .....</td><td>26</td></tr> <tr><td colspan="2">(PRÉCISER)</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr><td>AUTRE .....</td><td>96</td></tr> <tr><td colspan="2">(PRÉCISER)</td></tr> <tr><td>NE SAIT PAS .....</td><td>98</td></tr> </table>	HÔPITAL .....	11	CENTRE DE SANTÉ INTEGRE .....	12	MATERNITE .....	13			AUTRE PUBLIC .....	16	(PRÉCISER)		HÔPITAL/CLINIQUE .....	21	MÉDECIN .....	22	AUTRE PRIVE .....		MÉDICAL .....	26	(PRÉCISER)				AUTRE .....	96	(PRÉCISER)		NE SAIT PAS .....	98	
HÔPITAL .....	11																																
CENTRE DE SANTÉ INTEGRE .....	12																																
MATERNITE .....	13																																
AUTRE PUBLIC .....	16																																
(PRÉCISER)																																	
HÔPITAL/CLINIQUE .....	21																																
MÉDECIN .....	22																																
AUTRE PRIVE .....																																	
MÉDICAL .....	26																																
(PRÉCISER)																																	
AUTRE .....	96																																
(PRÉCISER)																																	
NE SAIT PAS .....	98																																
314	<p>VÉRIFIER 311 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ</p> <p>↓</p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE 'B' ENCERCLÉ</p> <p>↓</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p> </div> </div>	<table border="0"> <tr><td>OUI .....</td><td>1</td></tr> <tr><td>NON .....</td><td>2</td></tr> <tr><td>NSP .....</td><td>8</td></tr> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	NSP .....	8																									
OUI .....	1																																
NON .....	2																																
NSP .....	8																																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?														
316A	Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE CITÉE EN PREMIER À Q.311) de façon continue ?  INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (PREMIERE MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?	MOIS ..... ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230 :  IL Y A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE <u>MOIS ET L'ANNÉE</u> DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A  SI OUI : RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE ( <u>DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE</u> ).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>													
317	VÉRIFIER 316/316A :  L'ANNÉE EST 2001 <input type="checkbox"/> OU PLUS TARD L'ANNÉE EST 2000 <input type="checkbox"/> OU AVANT		327												
319	VÉRIFIER 311/311A :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE ..... 96	→ 322 → 331          → 320A → 331 → 331 → 331												
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ INTEGRE ..... 12 MATERNITE ..... 13 CASE DE SANTE ..... 14 AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ..... 15  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)													
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ?      SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 MÉDECIN PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CABINET/SALLE DE SOINS..... 24 VENDEUR AMBULANT..... 25 AUTRE PRIVÉ ..... 26 MÉDICAL ..... (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 31 BAR/BOITE DE NUIT ..... 32 KIOSQUE ..... 33 TABLIER ..... 34 AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... 35 HOTEL/MOTEL ..... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)													

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p>	<p>→ 327</p> <p>→ 325</p> <p>→ 325</p> <p>→ 325</p> <p>→ 325</p>
322	<p>Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 324
323	<p>Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 325
324	<p>Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
325	<p>VÉRIFIER 322 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  </div> </div> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 327
326	<p>Avez-vous été informée par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
327	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</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>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE ..... 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p> <p>→ 331</p>

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><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE ..... 12</p> <p>MATERNITE ..... 13</p> <p>CASE DE SANTE ..... 14</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ..... 15</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>CABINET/SALLE DE SOINS..... 23</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... 24</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT ..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>TABLIER ..... 34</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... 35</p> <p>HOTEL/MOTEL ..... 36</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 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>y a-t-il un autre endroit?</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>ENREGISTREZ TOUS ENDROITS MENTIONNÉS.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTEGRE ..... B</p> <p>MATERNITE ..... C</p> <p>CASE DE SANTE ..... D</p> <p>AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>CABINET/SALLE DE SOINS..... I</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... J</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT ..... N</p> <p>KIOSQUE ..... O</p> <p>TABLIER ..... P</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... Q</p> <p>HOTEL/MOTEL ..... R</p> <p><b>AUTRE</b> ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N <sup>o</sup> .	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans établissement sanitaire pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
333	Est-ce qu'un membre du personnel d'un établissement sanitaire vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	



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

401	VERIFIER 224 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <div style="text-align: center;">                     UNE OU PLUSIEURS                      NAISSANCES                      EN 2001                      OU PLUS TARD                 </div> <div style="text-align: center;">                     PAS DE                      NAISSANCE                      EN 2001                      OU PLUS TARD                 </div> </div>	→ 487		
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2001 OU PLUS TARD.  POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE.  (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).  Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMERO DE LIGNE DE Q 212	DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE	AVANT-DERNIERE NAISS NUMERO DE LIGNE	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous tomber enceinte à <u>ce moment-là</u> , voulez-vous <u>attendre</u> plus tard, ou voulez-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) ↙	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	MOIS . 1 <input type="text"/> ANNÉES . 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998
407	Pour la dernière grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ?  SI OUI : Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.  SI NON, ENCERCLEZ CODE "Y"	<div> <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b>                      MÉDECIN ..... A                      SAGE-FEMME . B                      INFIRMIÈRE . C                 </div> <div> <b>AUTRE PERSONNE</b>                      ACCOUCHEUSE TRAD.                      FORMÉE/MATRONNE . E                      ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMÉE F                      AUTRE ..... X                      (PRÉCISER)                      PERSONNE ..... Y                      (PASSER À 415) ↙                 </div>		
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	VERIFIER 409 :  NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     UNE FOIS  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">                     PLUS D'UNE FOIS OU NSP  <input type="checkbox"/> </div> </div> (PASSER À 412)		



		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez reçu des soins prénatals ?	<div> <div>MOIS</div> <div>.....</div> <div> <div></div> <div></div> </div> </div> <div>NE SAIT PAS ..... 98</div>		
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois ?  Avez-vous été pesée ? Vous-a-t-on mesurée la taille en stature ? Vous-a-t-on pris la tension ? Avez-vous donné un échantillon d'urine ? Avez-vous donné un échantillon de sang ?	<div> <div></div> <div>OUI</div> <div>NON</div> </div> <div>POIDS ..... 1 2</div> <div>TAILLE ..... 1 2</div> <div>TENSION ..... 1 2</div> <div>URINE ..... 1 2</div> <div>SANG ..... 1 2</div>		
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>(PASSER À 415) ←</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>(PASSER À 417) ←</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	<div>NO. DE FOIS ..... </div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ?  MONTRER COMPRIMÉ.	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>(PASSER À 419) ←</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	<div>NO. DE JOURS</div> <div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <div>NE SAIT PAS ..... 998</div>		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>		

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE						
		NOM _____	NOM _____	NOM _____						
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER A 423) ← NE SAIT PAS ..... 8								
422	Quel était ce médicament ?  Autre médicament ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	FANSIDAR/MALOXINE ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE ..... C QUININE ..... D MÉDICAMENT INCONNU ..... Z  AUTRE ..... X (PRÉCISER)								
422A	VERIFIER 422 :  TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	<table border="1"> <tr> <td>CODE "A" ENCERCLÉ</td> <td>CODE "A" NON-ENCERCLÉ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASSER A 422E)</td> </tr> </table>			CODE "A" ENCERCLÉ	CODE "A" NON-ENCERCLÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 422E)	
CODE "A" ENCERCLÉ	CODE "A" NON-ENCERCLÉ									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
(PASSER A 422E)										
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR/MALOXINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								
422C	VERIFIER 407 :  SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	<table border="1"> <tr> <td>CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ</td> <td>AUTRE CODE ENCERCLÉ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASSER A 422E)</td> </tr> </table>	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ	AUTRE CODE ENCERCLÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 422E)			
CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLÉ	AUTRE CODE ENCERCLÉ									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
(PASSER A 422E)										
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament FANSIDAR/MALOXINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1  AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2  AUTRE SOURCE ..... 6 (PRÉCISER)								
422E	VERIFIER 422 :  TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	<table border="1"> <tr> <td>CODE "B" ENCERCLÉ</td> <td>CODE "B" NON-ENCERCLÉ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">(PASSER A 423)</td> </tr> </table>	CODE "B" ENCERCLÉ	CODE "B" NON-ENCERCLÉ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 423)			
CODE "B" ENCERCLÉ	CODE "B" NON-ENCERCLÉ									
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
(PASSER A 423)										
422F	Combien de fois avez-vous pris le médicament CHLOROQUINE pendant cette grossesse ?	NO. DE FOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>								

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE																								
		NOM _____	NOM _____	NOM _____																								
422G	VERIFIER 407 : SOINS PRENATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A," "B" OU "C" ENCERCLE  	AUTRE CODE ENCERCLE   (PASSER A 423)																									
422H	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le médicament CHLOROQUINE au cours d'une visite prénatale, au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1  AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2  AUTRE SOURCE ..... 6 (PRÉCISER)																										
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle :  très gros, plus gros que la  moyenne, moyen, plus petit que  la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1  PLUS GROS QUE  LA MOYENNE ..... 2  MOYEN ..... 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1  PLUS GROS QUE  LA MOYENNE ..... 2  MOYEN ..... 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1  PLUS GROS QUE  LA MOYENNE ..... 2  MOYEN ..... 3  PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8																								
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 425A) ← NE SAIT PAS ..... 8																								
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998									GRAMMES DU CARNET 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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998									GRAMMES DU CARNET 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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>  GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 9998								
425A	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance?  SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-il/elle été enregistrée à l' état civil?	OUI ..... 1 (PASSER À 426) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 426) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (PASSER À 426) ← NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																								
425B	Pourquoi la naissance de (NOM) n'a pas été enregistrée ?	COÛT ..... 1  ELOIGNEMENT ..... 2  RETARD ..... 3  PAS INFORMÉE ..... 4  PAS NECESSAIRE ..... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	COÛT ..... 1  ELOIGNEMENT ..... 2  RETARD ..... 3  PAS INFORMÉE ..... 4  PAS NECESSAIRE ..... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8	COÛT ..... 1  ELOIGNEMENT ..... 2  RETARD ..... 3  PAS INFORMÉE ..... 4  PAS NECESSAIRE ..... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NSP ..... 8																								

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM	NOM	NOM
426	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER POUR DÉTERMINER SI UN ADULTE QUELCONQUE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOCHEMENT.</p>	<p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>SAGE-FEMME ... B</p> <p>INFIRMIÈRE .. C</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD. .... E</p> <p>FORMEE/MATRONNE ..... E</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRAD.NON FORMEE F</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>SAGE-FEMME ... B</p> <p>INFIRMIÈRE .. C</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD. .... E</p> <p>FORMEE/MATRONNE ..... E</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRAD.NON FORMEE F</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>SAGE-FEMME ... B</p> <p>INFIRMIÈRE .. C</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD. .... E</p> <p>FORMEE/MATRONNE ..... E</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRAD.NON FORMEE F</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>
427	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p><b>DOMICILE</b></p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 429) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>MATERNITE 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ . 23</p> <p>CASE DE SANTÉ . 24</p> <p>AUTRE PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>MATERNITE PRIVE..... 32</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 429) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b></p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 429) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>MATERNITE 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ . 23</p> <p>POSTE DE SANTÉ . 24</p> <p>AUTRE PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>MATERNITE PRIVE..... 32</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 429) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b></p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 429) ←</p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 21</p> <p>MATERNITE 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ . 23</p> <p>POSTE DE SANTÉ . 24</p> <p>AUTRE PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... 31</p> <p>MATERNITE PRIVE..... 32</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 36</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>(PASSER À 429) ←</p>
427A	<p>Au moment de la naissance de (PRENOM ), avez-vous eu un des problèmes suivants:</p> <p>. Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de douze heures?</p> <p>. Des saignements tellement importants que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> <p>. Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes?</p> <p>. Des convulsions non causées par de la fièvre?</p>	<p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL 1 2</p> <p>SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC PERTES</p> <p>VAGINALES 1 2</p> <p>CONVULSIONS 1 2</p>	<p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL 1 2</p> <p>SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC PERTES</p> <p>VAGINALES 1 2</p> <p>CONVULSIONS 1 2</p>	<p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL 1 2</p> <p>SAIGNEMENTS IMPORT. 1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC PERTES</p> <p>VAGINALES 1 2</p> <p>CONVULSIONS 1 2</p>
428	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(PASSER À 433) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(PASSER À 435) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(PASSER À 435) ←</p> <p>NON ..... 2</p>
429	<p>Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse villageoise vous a examinée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 433)</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>
430	<p>Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ?</p> <p>ENREGISTRER "00" JOURS SI MÊME JOUR.</p>	<p>JOURS</p> <p>APRÈS ACC. 1</p> <p>SEMAINES</p> <p>APRÈS ACC. 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>		

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM	NOM	NOM
431	Qui vous a examinée à ce moment-là ?  INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE ..... 13  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRAD. .... FORMÉE/MATRONNE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRAD. NON FORMÉE ..... 22 AUTRE ..... 24 (PRÉCISER)  <b>PERSONNE</b> ..... 26		
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	<b>DOMICILE</b> VOTRE DOMICILE ..... 11 AUTRE DOMICILE ..... 12  <b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 21 CENTRE DE SANTÉ ..... 22 CASE DE SANTÉ ..... 23  AUTRE PUBLIC ..... 26 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ..... 36 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)		
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ?  MONTRER LA CAPSULE.	OUI ..... 1  NON ..... 2  NSP ..... 8		
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 436) NON ..... 2 (PASSER À 437)		
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?			OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 439)
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
437	VÉRIFIER 226 : ENQUÊTÉE ENCEINTE ?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN-CEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 439)		

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE												
		NOM _____	NOM _____	NOM _____												
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 440)														
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98								
440	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 442)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 442)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 442)												
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>					IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444)												
443	Qu'est-ce qui avait été donné à boire à (NOM) avant que vos seins commencent à produire du lait régulièrement ?  Quelque chose d'autre ?  NOTER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNES	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/QUINQUELIBA ..... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ..... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/QUINQUELIBA ..... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (PRÉCISER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE ..... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/QUINQUELIBA ..... H MIEL ..... I AUTRE ..... X (PRÉCISER)												
444	VERIFIER 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) ←	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	OUI ..... 1 (PASSER À 448) ← NON ..... 2												
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98			MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98								

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS	AVANT-AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM	NOM	NOM
447	VERIFIER 404 : ENFANT VIVANT ?	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DECEDE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE,</div> <div>(PASSER À 450)</div> </div> <div> <div>PASSER À 454)</div> </div>	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DECEDE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE,</div> <div>(PASSER À 450)</div> </div> <div> <div>PASSER À 454)</div> </div>	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DECEDE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>(RETOURNER À 405, AVANT-DERNIERE COLONNE DU NOUV. QUESTIONNAIRE, OU SI PLUS DE NAISSANCE,</div> <div>(PASSER À 450)</div> </div> <div> <div>PASSER À 454)</div> </div>
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE NUIT</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE NUIT</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE NUIT</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant les heures de la journée ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE JOUR</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE JOUR</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	<div>NOMBRE</div> <div>ALLAITEMENTS DE JOUR</div> <div> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier ?	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>OUI ..... 1</div> <div>NON ..... 2</div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri(e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides ?  SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	<div>NOMBRE DE FOIS</div> <div> <input type="text"/> </div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>NOMBRE DE FOIS</div> <div> <input type="text"/> </div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>	<div>NOMBRE DE FOIS</div> <div> <input type="text"/> </div> <div>NE SAIT PAS ..... 8</div>
453		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE ; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.	RETOURNER À 405 DANS AVANT-DERNIERE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 454.

**SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ, ET NUTRITION**
















454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2001 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).																							
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS.  NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  NUMÉRO DE LIGNE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>																				
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM .....  VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">(ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)</div> </div>	NOM .....  VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">NAISSANCE ALLER À 484)</div> </div>	NOM .....  VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">↓</div> <div style="text-align: center;">(ALLER À 456, AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)</div> </div>																				
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ?  MONTRER LA CAPSULE.	OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8																				
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le voir, s'il vous plaît ?	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARNET ..... 3																				
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 462) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 462) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 462) ← NON ..... 2																				
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.																							
		JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE																				
BCG		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							BCG	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							BCG	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
POLIO 0 (à la naissance)		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P0	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P0	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
POLIO 1		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P1	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P1	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
POLIO 2		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
POLIO 3		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P3	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							P3	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
DTcoq 1		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D1	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D1	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
DTcoq 2		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D2	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
DTcoq 3		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D3	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							D3	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
ROUGEOLE		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							ROU	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							ROU	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
FIEVRE JAUNE		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							FIJA	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							FIJA	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
VITAMINE A (LA PLUS RECENTE)		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							VIT. A	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							VIT. A	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						



		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	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, ROUGEOLE, ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON ..... 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON ..... 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR À 460) (PASSER À 464) NON ..... 2 (PASSER À 464) NE SAIT PAS ..... 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) NE SAIT PAS ..... 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes :			
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse, généralement, une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) NE SAIT PAS ..... 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard ?	JUSTE APRÈS LA NAISS. .... 1 PLUS TARD ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. .... 1 PLUS TARD ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	JUSTE APRÈS LA NAISS. .... 1 PLUS TARD ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite au bras droit donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) NE SAIT PAS ..... 8
463F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
463H	Une injection contre la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 466) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 466) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERN. ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 466) ←
465	Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 ..... E AUTRE ..... X	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 ..... E AUTRE ..... X	POLIO/VITAMIN A, 2005 (1) A POLIO/VITAMIN A, 2005 (2) B ROUGEOLE, 2004 C ROUGEOLE, 2005 D POLIO, 2004 ..... E AUTRE ..... X
466	Est-ce que (NOM) a souffert de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, 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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 :  FIÈVRE OU TOUX ?	"OUI" À 466 AUTRE <input type="checkbox"/> OU 467 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 AUTRE <input type="checkbox"/> OU 467 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475) ←	"OUI" À 466 AUTRE <input type="checkbox"/> OU 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) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
471	<p>Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ ..... B</p> <p>MATERNITE ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>FAMILIAL ..... D</p> <p>CASE DE SANTE ..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... G</p> <p>CABINET/SALLE DE S ..... H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>VEND. AMBULANT ..... J</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL ..... M</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ ..... B</p> <p>MATERNITE ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>FAMILIAL ..... D</p> <p>CASE DE SANTE ..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... G</p> <p>CABINET/SALLE DE SO ..... H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>VEND. AMBULANT ..... J</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL ..... M</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE SANTÉ ..... B</p> <p>MATERNITE ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTE</p> <p>FAMILIAL ..... D</p> <p>CASE DE SANTE ..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE</p> <p>PRIVÉ ..... G</p> <p>CABINET/SALLE DE SO ..... H</p> <p>PHARMACIE ..... I</p> <p>VEND. AMBULANT ..... J</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... L</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL ..... M</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
472	VÉRIFIER 466 : A EU DE LA FIÈVRE ?	<p>"OUI" À 466 "NON"/"NSP" À 466</p> <p>(PASSER À 475)</p>	<p>"OUI" À 466 "NON"/"NSP" À 466</p> <p>(PASSER À 475)</p>	<p>"OUI" À 466 "NON"/"NSP" À 466</p> <p>(PASSER À 475)</p>
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B : FIÈVRE OU CONVULSIONS ?	<p>"OUI" À 466 OU 472B AUTRE</p> <p>(PASSER À 475)</p>	<p>"OUI" À 466 OU 472B AUTRE</p> <p>(PASSER À 475)</p>	<p>"OUI" À 466 OU 472B AUTRE</p> <p>(PASSER À 475)</p>
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 474R)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 474R)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 474R)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISS.		AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE	<b>ANTIPALUDÉEN</b> FANSIDAR/ MALOXINE ..... A CHLOROQUINE ..... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE ..... C QUININE ..... D  <b>AUTRE</b> ASPIRINE/ PARACETAMOL ..... E PANADOL ..... F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		<b>ANTIPALUDÉEN</b> FANSIDAR/ MALOXINE .... A CHLOROQUINE .... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE .... C QUININE ..... D  <b>AUTRE</b> ASPIRINE/ PARACETAMOL ..... E PANADOL ..... F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		<b>ANTIPALUDÉEN</b> FANSIDAR/ MALOXINE ... A CHLOROQUINE ... B AMODIAQUINE/ CAMOQUINE ... C QUININE ..... D  <b>AUTRE</b> ASPIRINE/ PARACETAMOL ..... E PANADOL ..... F IBUPROFEN/ ACETAMINOPHEN ..... G AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou un suppositoire pour traiter (la fièvre/les convulsions) ?	INJECTION ..... A SUPPOSITOIRE ..... B AUCUN ..... Y NE SAIT PAS ..... Z		INJECTION ..... A SUPPOSITOIRE .... B AUCUN ..... Y NE SAIT PAS ..... Z		INJECTION ..... A SUPPOSITOIRE .... B AUCUN ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
474B	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "A" ENCERCLÉ 	CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ 	CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ 	CODE "A" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre le Fansidar/Maloxine ?	MEME JOUR ..... 0 LE JOUR SUIVANT ..... 1 DEUX JOURS APRES ..... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8		MEME JOU ..... 0 LE JOUR SUIVANT .... 1 DEUX JOURS APRES .... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE .... 3 NE SAIT PAS ..... 8		MEME JOU ..... 0 LE JOUR SUIVANT .... 1 DEUX JOURS APRES .... 2 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE .... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le Fansidar/Maloxine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS .....  NSP ..... 8		JOURS .....  NSP ..... 8		JOURS .....  NSP ..... 8	
474E	Aviez-vous le Fansidar/Maloxine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ?  SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le Fansidar/Maloxine la première fois ?	A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
474F	VÉRIFIER 474 : TYPE DE MÉDICAMENT ?	CODE "B" ENCERCLÉ 	CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ 	CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ 	CODE "B" PAS ENCERCLÉ  (PASSER À 474J)

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

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
474O	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il commencé à prendre de la quinine ?	MEME JOUR ..... 1 LE JOUR SUIVANT ..... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MEME JOUF..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS..... 8	MEME JOUI..... 1 LE JOUR SUIVANT ... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PA..... 8
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris de la quinine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8	JOURS ..... <input type="text"/> NSP ..... 8
474Q	Aviez-vous de la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu auprès d'une autre source ?  SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu de la quinine la première fois ?	A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	A LA MAISON ..... 1 AUTRE SOURCE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ← NE SAIT PAS ..... 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES ..... B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES ..... B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ... A TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES ..... B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER)
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ← NE SAIT PAS ..... 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été offerte à (NOM) durant sa diarrhée. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout ?  SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISS.	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire ?	OUI NON NSP	OUI NONNSP	OUI NONNSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet qui s'appelle le SRO ?	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8	LIQUIDE SACHET SRO 1 2 8
b	Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8	LIQUIDE MAISON 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ← NE SAIT PAS ..... 8
480	Qu'a-t-on (d'autre) donné pour traiter la diarrhée ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (IV) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (IV) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER)	COMPRIMÉ OU SIROP ..... A INJECTION ..... B (IV) INTRAVEINEUSE ..... C REMÈDES MAISON/ PLANTES ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER)
481	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) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ←
482	Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  Quelque part ailleurs ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C AGENT SANTÉ COMMUNAUT ..... D AUTRE PUBLIC ..... E (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F PHARMACIE ..... G MÉDECIN PRIVÉ ..... H  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... I (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE/KIOS ..... J GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... K VENDEUR AMBULANT ..... L AUTRE ..... X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C AGENT SANTÉ COMMUNAUT ..... E AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... L (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQU ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... N AUTRE ..... X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C AGENT SANTÉ COMMUNAUT ..... E AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... L (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQU ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... N AUTRE ..... X (PRÉCISER)
483		RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.	RETOURNER À 456 DANS AVANT- DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 484.

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
484	<p>VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2001 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p>		487
485	<p>Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il/elle n'utilise pas de toilettes ?</p>	<p>UTILISE TOUJOURS TOILETTES/</p> <p>LATRINES ..... 01</p> <p>JETTE DANS TOILETTES/LATRINES ..... 02</p> <p>JETTE À L'EXTÉRIEUR</p> <p>DU LOGEMENT ..... 03</p> <p>JETTE EN DEHORS DE LA COUR ..... 04</p> <p>ENTERRE DANS LA COUR ..... 05</p> <p>S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT</p> <p>AVEC DE L'EAU ..... 06</p> <p>UTILISE COUCHES JETABLES ..... 07</p> <p>UTILISE COUCHES LAVABLES ..... 08</p> <p>NE S'EN DÉBARRASSE PAS ..... 09</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
486	<p>VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU QUESTION NON-POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/></p>		487A
487	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?</p> <p>MONTRER LE SACHET DE SRO.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 488
487A	<p>Avez-vous un sachet de SRO à la maison ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 488
487B	<p>Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez ?</p> <p>OBSERVER LA MARQUE DE SACHET DE SRO.</p>	<p>ORASEL ..... 1</p> <p>SRO UNICEF ..... 2</p> <p>SRO USAID ..... 3</p> <p>SRO CHINOIS ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SACHET NON VU ..... 8</p>	→ 487D
487C	<p>Connaissez-vous le nom de la marque de SRO que vous avez en ce moment ?</p>	<p>ORASEL ..... 1</p> <p>SRO UNICEF ..... 2</p> <p>SRO USAID ..... 3</p> <p>SRO CHINOIS ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 8</p>	
487D	<p>Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez maintenant ?</p>	<p>COUT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATUIT ..... 995</p> <p>NSP ..... 998</p>	
488	<p>VÉRIFIER 218 :</p> <p>A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p>		490



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER À																							
489	<p>Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'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 qu'il soit conduit quelque part pour traitement médical ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND ..... 3</p>																									
490	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.</p> <p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les choses suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas ?</p> <p>Savoir où aller.</p> <p>Obtenir la permission d'y aller.</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement.</p> <p>Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité.</p> <p>Devoir prendre un moyen de transport.</p> <p>Ne pas vouloir s'y rendre seule.</p> <p>Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>UN GROS PRO- BLÈME</th><th>PAS UN GROS PRO- BLÈME</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OÙ ALLER .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PERMISSION .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ARGENT .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>DISTANCE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>TRANSPORT .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>ALLER SEULE .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>PERSON. FEM. ....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		UN GROS PRO- BLÈME	PAS UN GROS PRO- BLÈME	OÙ ALLER .....	1	2	PERMISSION .....	1	2	ARGENT .....	1	2	DISTANCE .....	1	2	TRANSPORT .....	1	2	ALLER SEULE .....	1	2	PERSON. FEM. ....	1	2	
	UN GROS PRO- BLÈME	PAS UN GROS PRO- BLÈME																									
OÙ ALLER .....	1	2																									
PERMISSION .....	1	2																									
ARGENT .....	1	2																									
DISTANCE .....	1	2																									
TRANSPORT .....	1	2																									
ALLER SEULE .....	1	2																									
PERSON. FEM. ....	1	2																									
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2003 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2003 OU APRÈS ET VIVANT AVEC ELLE</p> <p><input type="checkbox"/> → 495</p>																									
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quel liquide [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu :</p> <p>a Eau ?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal ?</p> <p>d Jus de fruit ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses, ou bouillons ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. SI LE LIQUIDE DEMANDE N'EST PAS BU, INSCRIRE '0'</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>																								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants ?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER :</p> <p>Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu :</p> <p>a Riz, maïs, mil, sorgho, bouillie ou autres céréales ?</p> <p>b Citrouille, igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges ?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex : pommes de terre, igname blanche, manioc, patates douces blanches ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye ?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumineuses [par ex : lentilles, haricots, soja, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'. SI LA NOURRITURE N'EST PAS REÇUE, INSCRIRE '0'</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>
495	<p>La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre ménage, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS ... 3</p> <p>AUTRE ..... 9</p>	
496	<p>Fumez-vous actuellement des cigarettes ou chiquez-vous du Tabac?</p> <p>SI OUI : Que fumez-vous/chiquez-vous ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>OUI, CIGARETTES ..... A</p> <p>OUI, PIPE ..... B</p> <p>OUI, AUTRE TABAC ..... C</p> <p>NON ..... Y</p>	<p>→ 499B</p>
498	<p>Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?</p>	<p>CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
499B	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 3 derniers mois.</p> <p>Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison ?</p> <p>SI OUI : combien d'injections avez-vous eu?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 94 OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>	<p>→ 501</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
499C	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À '94', OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS, OU PLUS, ENREGISTRER '95'. EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 00</p>	→ 501
499D	La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse?	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... 12</p> <p>CASE DE SANTE ..... 13</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>DENTISTE ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CABINET PRIVÉ/DOMICILE DE</p> <p>INFIRMIÈRE/AGENT SANTÉ ... 24</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>À LA MAISON ..... 31</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
499E	La dernière fois que vous avez eu une injection, est-ce que la personne qui a effectué la piqûre a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	

# SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	<input type="checkbox"/> → 504
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	<input type="checkbox"/> → 510 <input type="checkbox"/> → 518
503	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	<input type="checkbox"/> → 510
504	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
505	ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM ..... NO. DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	<input type="checkbox"/> → 510
508	En vous comptant, combien d'épouses ou partenaires votre mari a-t-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ET DE PARTENAIRES ..... NSP ..... 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
511	VÉRIFIER 510:  MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire?  MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME PLUS D'UNE FOIS ↓ J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez com- mencé à vivre avec un homme comme mariée En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez- vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la première fois	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	<input type="checkbox"/> → 513
512	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
513	VÉRIFIER 503: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE?  PAS POSÉE OU PAS VEUVE ↓ VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 516

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS MARIÉE UNE FOIS <input type="checkbox"/>		518
515	Comment s'est terminée votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE ..... 1 DIVORCE ..... 2 SÉPARATION ..... 3	518
516	À qui est passée la plus grande partie des biens que possédait votre mari?	ENQUÊTÉE ..... 1 AUTRE ÉPOUSE ..... 2 ENFANTS DE L'ÉPOUX ..... 3 FAMILLE DE L'ÉPOUX ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN ..... 6	518
517	Avez-vous reçu des biens ou des biens ayant de la valeur de votre dernier mari?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
518	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
519	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois des rapports sexuels (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS .....00 ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/ PARTENAIRE. .... 95	521 521
520	Avez-vous l'intention d'attendre d'être mariée pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ PAS SÛRE ..... 8	544
521	VÉRIFIER 106 : 15-24 <input type="checkbox"/> ANS 25-49 <input type="checkbox"/> ANS		526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	
523	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	526
524	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉ ..... 1 PLUS JEUNE ..... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	526
525	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ..... 3	
526	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels?  S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS ..... 1 IL Y A ... SEMAINES ..... 2 IL Y A ... MOIS ..... 3 IL Y A ... ANNÉES ..... 4	539

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																				
527	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 529) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 529) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 529) ←																																				
528	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2																																				
529	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde, troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 531) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 531) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 531) ←																																				
530	Cette personne ou vous-même, étiez-vous ivre à ce moment-là?  SI OUI : qui était ivre?	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL .. 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE .. 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL .. 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE .. 4	ENQUÊTÉE SEULE .. 1 PARTENAIRE SEUL .. 2 ENQUÊTÉE ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE .. 4																																				
531	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels?  SI PETIT AMI: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI ..... 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE ..... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ..... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	MARI ..... 01 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE ..... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ..... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	MARI ..... 01 (PASSER À 538) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE ..... 02 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE ..... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																																				
532	Depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI L'ENQUÊTÉE N'A EU DES RAPPORTS SEXUELS QU'UNE SEULE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR	JOURS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													JOURS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													JOURS .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS ... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>												
533	VÉRIFIER 106 :	15-24      25-49 ANS      ANS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASSER À 537) ←		15-24      25-49 ANS      ANS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASSER À 537) ←		15-24      25-49 ANS      ANS <table border="1"><tr><td></td></tr></table> ↓ (PASSER À 538) ←																																		
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 537) ← NSP ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 537) ← NSP ..... 98			ÂGE DU PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (PASSER À 538) ← NSP ..... 98																																
535	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP ..... 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP ..... 8 (PASSER À 537) ←	PLUS ÂGÉE .... 1 PLUS JEUNE .... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NSP ..... 8 (PASSER À 538) ←																																				
536	Diriez-vous que cette personne a dix ans de plus que vous ou davantage ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ... 3																																				
537	Mis à part (cette/ces deux) personne(s) avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 (RETOUR À 527 ← À LA COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSER À 539) ←	OUI ..... 1 (RETOUR À 527 ← À LA COL.SUIVANTE) NON ..... 2 (PASSER À 539) ←																																					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.  SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
539	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie ?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.  SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
540	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE ; MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	544
541	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.	PRIVÉ OBTENU ..... 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE ..... 2	→ 544
542	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous aviez été forcée contre votre volonté?	VOULAIT ..... 1 A ÉTÉ FORCÉE ..... 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	
543	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3	
544	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 601
545	Où est-ce?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  Y a-t-il un autre endroit? _____ (NOM DE L'ENDROIT)  ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE DE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C CLINIQUE PF ..... D AGENT COMMUNAUTAIRE ..... E  AUTRE PUBLIC ..... F (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G MÉDECIN PRIVÉ ..... H PHARMACIE ..... I CABINET/SALLE DE SOINS..... J VENDEUR AMBULANT..... K  AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ..... L (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... M BAR/BOITE DE NUIT ..... N KIOSQUE ..... O TABLIER ..... P AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS Q HOTEL/MOTEL ..... R AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
547	<p>VÉRIFIER 527 TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AU MOINS <input type="checkbox"/>   UN 'OUI' ↓</p>	<p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>	601
548	<p>Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois ?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... 12</p> <p>CASE DE SANTE ..... 13</p> <p>CLINIQUE PF ..... 14</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ..... 15</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CABINET/SALLE DE SOINS..... 24</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... 25</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... 26</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT ..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>TABLIER ..... 34</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... 35</p> <p>HOTEL/MOTEL ..... 36</p> <p>PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM ..... 41</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 98</p>	→ 601
549	<p>Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisés la dernière fois ?</p>	<p>VISA ..... 1</p> <p>ROMED ..... 2</p> <p>DUMPER ..... 3</p> <p>CAREX ..... 4</p> <p>SULTAN..... 5</p> <p>AUTRE ..... 7</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 8</p>	
550	<p>La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté ?</p>	<p>NOMBRE DE CONDOMS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(SI PLUS DE 96, INSCRIRE 96)</p> <p>NSP ..... 98</p> <p>JAMAIS ACHETE DES CONDOMS .... 99</p>	→ 601
551	<p>Combien avez-vous payé ?</p>	<p>COUT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP ..... 9998</p>	





# SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
601	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/></p>		614								
602	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?</p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir.</p> <p>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</p> <p>PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN .... 2 → 604</p> <p>DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 → 614</p> <p>INDÉCISE/NE SAIT PAS :</p> <p>ET ENCEINTE ..... 4 → 610</p> <p>ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE .... 5 → 608</p>									
603	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?</p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></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 <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 ..... 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>BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 → 609</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 → 614</p> <p>APRÈS MARIAGE ..... 995</p> <p>AUTRE ..... 996 → 609</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>									
604	<p>VÉRIFIER 226 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		610								
605	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		608								
606	<p>VÉRIFIER 603 :</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/></p>		610								

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b></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><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b></p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ..... P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... Q</p> <p>TROP CHER ..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... T</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
608	Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème ?	<p>PROBLÈME IMPORTANT ..... 1</p> <p>PETIT PROBLÈME ..... 2</p> <p>AUCUN PROBLÈME ..... 3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ N'A PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 614
610	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 612
611	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>COMPRIMÉ/MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE ..... 98</p>	→ 614



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																				
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos amis ou amies, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 621																				
620	Avec qui en avez-vous discuté ?  Quelqu'un d'autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ..... A MÈRE ..... B PÈRE ..... C SOEUR(S) ..... D FRÈRE(S) ..... E FILLE(S) ..... F FILS ..... G BELLE-MÈRE(S) ..... H AMI(E)(S)/VOISIN(E)(S) ..... I  AUTRE ..... X (PRÉCISER)																					
621	VÉRIFIER 501 :  OUI, ACTUEL-LEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 628																				
622	VÉRIFIER 311/311A :  UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 624																				
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)																					
624	Maintenant je voudrais vous demander les opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale.  Pensez-vous que votre mari/partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse ?	APPROUVE ..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																					
625	Combien de fois, au courant de l'année passée, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire ?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 PLUS SOUVENT ..... 3																					
626	VÉRIFIER 311/311A :  NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 628																				
627	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8																					
628	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :  Elle sait que son mari a une Infection sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec des femmes autres que ses épouses ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <tr> <td>IL A UNE IST</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> <tr> <td>ACCOUCHE. RÉCENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>FATIGUÉE/PAS HUMEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	IL A UNE IST	1	2	8	AUTRES FEMMES	1	2	8	ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8	FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
IL A UNE IST	1	2	8																				
AUTRES FEMMES	1	2	8																				
ACCOUCHE. RÉCENT	1	2	8																				
FATIGUÉE/PAS HUMEUR	1	2	8																				
629	Quand une femme sait que son mari a une Infection transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																					

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

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

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<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>	→ 707	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1, secondaire 2, , ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE 1er CYCLE ..... 2</p> <p>SECONDAIRE 2nd CYCLE ..... 3</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 706
705	Quelle est la dernière (année/classe) qu'il a achevé à ce niveau ?	<p>CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</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"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement ?	<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.</p> <p>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	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 719
710	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	<p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
711	<p>VÉRIFIER 710 :</p> <p>TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>	→ 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 ?	<p>PROPRE TERRE ..... 1</p> <p>TERRE DE LA FAMILLE ..... 2</p> <p>TERRE LOUÉE ..... 3</p> <p>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON ..... 1 LOIN DE LA MAISON ..... 2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 TEMPS EN TEMPS ..... 3	
716	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 EN NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE ..... 5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité ?	PRESQUE RIEN ..... 1 MOINS DE LA MOITIÉ ..... 2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ ..... 3 PLUS DE LA MOITIÉ ..... 4 LA TOTALITÉ ..... 5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ ..... 6	
719	Dans votre menage, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes :  Vos propres soins de santé ? Les achats de choses importantes pour le ménage ? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage ? Les visites à la famille ou parents ? Quelle nourriture sera préparée chaque jour ?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6  1    2    3    4    5    6 1    2    3    4    5    6 1    2    3    4    5    6 1    2    3    4    5    6 1    2    3    4    5    6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS PAS ENFANTS <10 ANS ..... 1    2    8 MARI ..... 1    2    8 AUTRES HOMMES ..... 1    2    8 AUTRES FEMMES ..... 1    2    8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :  Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle se dispute avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	OUI NON NSP SORTIR ..... 1    2    8 NÉGL. ENFANTS ..... 1    2    8 SE DISPUTE ..... 1    2    8 REFUSER SEX. .... 1    2    8 BRÛLER NOUR. .... 1    2    8	

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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 844
802	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
803	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
804	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
808	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	└→ 810
809	Que peut-on faire ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST CITÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS ..... A UTILISER DES CONDOMS ..... B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE ..... C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS ..... E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES ..... F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS ..... G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES ..... H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE ..... I ÉVITER LES INJECTIONS ..... J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS ..... K ÉVITER D'EMBRASSER ..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ..... M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... N AUTRE ..... W (PRÉCISER) AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
810	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse ? Pendant l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE	1	2	8																
ACCOUCHEMENT	1	2	8																
ALLAITEMENT	1	2	8																
812	VÉRIFIER 811 : AU MOINS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓		814																
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
814	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
815	VÉRIFIER 215 : DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2004 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 824 DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2004 <input type="checkbox"/> → 824																	
816	VÉRIFIER 407 : VUE QUELQU'UN POUR DES SOINS PRÉNATAUX <input type="checkbox"/> N'A VU PERSONNE <input type="checkbox"/> → 824																		
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Vous m'avez dit que vous avez vu quelqu'un pour des soins prénatals durant cette grossesse.  Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants : Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du sida ?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TEST DU SIDA</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST DU SIDA	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST DU SIDA	1	2	8																
818	Dans le cadre de ces soins prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2													
OUI	1																		
NON	2																		
819	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	→ 824												
OUI	1																		
NON	2																		
820	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2													
OUI	1																		
NON	2																		
821	Où avez-vous effectué le test ?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... 11 CEDAV ..... 12  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ..... 21 LABO. PRIVÉ ..... 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL ..... 26 (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																	
822	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td><td>1</td></tr> <tr> <td>NON</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	→ 825												
OUI	1																		
NON	2																		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3	→ 831
824	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 829
825	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois ?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3	
826	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé ?	TEST DEMANDÉ ..... 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ ..... 2 TEST IMPOSÉ ..... 3	
827	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
828	Où avez-vous effectué le test ?   SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... 11 CEDAV ..... 12  AUTRE PUBLIC ..... 16 (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ..... 21 LABO. PRIVÉ ..... 22 AUTRE PRIVÉ ..... 26 MÉDICAL ..... (PRÉCISER)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 831
829	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 831
830	Où est-ce ?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  Y a t-il un autre endroit ?  ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HOPITAL ..... A CEDAV ..... B  AUTRE ..... G (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ... H LABO. PRIVÉ ..... I AUTRE PRIVÉ ..... J MÉDICAL ..... (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais chez un marchand ou chez un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
832	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
833	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
834	Si un enseignant/enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
835	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ..... 8	→ 840
836	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
837	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
838	VÉRIFIER 835, 836 ET 837 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> AUCUN 'OUI' ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> </div> </div>		840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
840	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
841	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
842	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
843	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
845	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
846	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leurs épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
848	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir de rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
849	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/ÇA DÉPEND ..... 8	
850	<p>VÉRIFIER 801:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel ?</p> </div> </div>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 853
851	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir ?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITE PAR L'ENQUETEE</p>	DOULEUR ABDOMINALE ..... A ÉCOULEMENT GÉNITAL ..... B ÉCOULEMENT MALODORANT ..... C BRÛLURE EN URINANT ..... D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DES ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUES GÉNITALES ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS. .... K IMPUISSANCE ..... L AUTRE ..... W (PRÉCISER) AUTRE ..... X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
852	<p>Quand une femme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-elle avoir ?</p> <p>Y a-t-il d'autres symptômes ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	DOULEUR ABDOMINALE ..... A PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES ..... C BRÛLURE EN URINANT ..... D ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNIT... F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUES GÉNITALES ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS. .... K DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT ..... L AUTRE ..... W (PRÉCISER) AUTRE ..... X (PRÉCISER) PAS DE SYMPTÔME ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
853	<b>VÉRIFIER 519 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 901
854	<b>VÉRIFIER 850 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 856
855	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
856	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
857	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
858	<b>VÉRIFIER 855,856 ET 857 :</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 901
859	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 861
860	Où êtes-vous allée ?  Y a-t-il un autre endroit ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C CENTRE CTV ..... D AGENT COMMUNAUTAIRE ..... E AUTRE PUBLIC ..... G (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE CTV ..... J PHARMACIE ..... K AGENT DE SANTÉ ..... L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... N BOUTIQUE ..... O AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
861	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 855/856/857), est-ce que votre partenaire a recherché un conseil ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 901 → 901

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
862	Où est-il allé ?  Y a t-il un autre endroit ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE SANTÉ ..... B CASE DE SANTE ..... C CENTRE CTV ..... D AGENT COMMUNAUTAIRE ..... E  AUTRE PUBLIC ..... G (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE CTV ..... J PHARMACIE ..... K AGENT DE SANTÉ ..... L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISER)  <b>AUTRE SOURCE</b> GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... N BOUTIQUE ..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  NE SAIT PAS ..... Z	

# SECTION 9A. EXCISION

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 925
903	Vous a-t-on coupé vos organes génitaux externes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 909
904	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là.  Vous a-t-on coupé quelque chose dans la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 906
905	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien couper ?  SI OUI, RETOURNER À Q.904. VÉRIFIER ET CHANGER SI NÉCESSAIRE.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Vous a-t-on fermé la zone du vagin par un moyen quelconque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT , ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	AGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  DURANT ENFANCE ..... 95  NE SAIT PAS ..... 98	
908	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRAD. .... 11 ACCOUCHEUSE TRAD ..... 12 AUTRE TRADITION. .... 16 (PRÉCISER)  <b>PROFESSIONNEL SANTÉ</b> MEDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE ..... 22 SAGE-FEMME ..... 23 AUTRE PROFESSIONNEL SANTÉ ..... 26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	
909	VERIFIER 214 ET 216 :  A AU MOINS <input type="checkbox"/> UNE FILLE VIVANTE  N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE		→ 919
910	Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique ?  SI OUI: Combien ?	NOMBRE EXCISEES <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE FILLE EXCISEE ..... 95	→ 918

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																				
911	<p>Sur laquelle de vos filles a t-on procédé le plus récemment à l'excision ?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE LA FILLE)</p> <p>ENQUETRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE POUR LA FILLE</p>	<p>LIGNE DE LA FILLE</p> <p>NOMBRE DE Q.212 ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>																					
912	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.911) à ce moment-là.</p> <p>A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 914																				
913	<p>A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																					
914	<p>Son vagin a -t-il été fermé par un moyen quelconque ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																					
915	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.911) au moment de l'excision ?</p> <p>SI L'ENQUETÉE NE CONNAIT PAS L'AGE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>AGE EN ANNÉES RÉVOLUS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>DURANT ENFANCE ..... 95</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																					
916	<p>Qui a procédé à l'excision ?</p>	<p><b>TRADITIONNEL</b></p> <p>EXCISEUSE TRAD. .... 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRAD ..... 12</p> <p>AUTRE TRADITION. .... 16</p> <p style="text-align: right;">(PRÉCISER)</p> <p><b>PROFESSIONNEL SANTÉ</b></p> <p>MEDECIN ..... 21</p> <p>INFIRMIÈRE ..... 22</p> <p>SAGE-FEMME ..... 23</p> <p>AUTRE PROFESSIONNEL</p> <p style="text-align: right;">SANTÉ ..... 26</p> <p style="text-align: right;">(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																					
917	<p>Avez-vous observé au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.911) l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs ?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine ?</p> <p>Gonflement dans la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale ? / la blessure ne s'est pas cicatrisée correctement ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th><th style="text-align: center;">OUI</th><th style="text-align: center;">NON</th><th style="text-align: center;">NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT EXCES.</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr> <td>DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr> <td>GONFLEMENT</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> <tr> <td>INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION</td><td style="text-align: center;">1</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8	DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8	GONFLEMENT	1	2	8	INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8	→ 919
	OUI	NON	NSP																				
SAIGNEMENT EXCES.	1	2	8																				
DIF. À URINER/ RÉTENTION URINE	1	2	8																				
GONFLEMENT	1	2	8																				
INFECTION/MAUVAISE CICATRISATION	1	2	8																				
918	<p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																					



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
919	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée ?</p> <p>INSISTER: d'autres avantages ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE ..... A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE ..... B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE .... C</p> <p>PRESERVATION VIRGINITÉ/PREVIENT REL SEX. AVANT MARIAGE ..... D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... F</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE ..... Y</p>	
920	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées ?</p> <p>INSISTER: rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ . A</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE ..... B</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MEME. .... C</p> <p>DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... D</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION ..... E</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE ..... Y</p>	
921	Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'éviter que les filles aient des relations sexuelles avant le mariage ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?	<p>PREVENIR RELATIONS SEXUELLES 1</p> <p>PAS D'EFFET ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
922	Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
923	Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?	<p>MAINTENUE ..... 1</p> <p>DISPARAITRE ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
924	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?	<p>CONSERVÉE ..... 1</p> <p>ABANDONNÉE ..... 2</p> <p>CELA DÉPEND ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

# SECTION 9B. FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
925	Connaissez-vous la maladie dénommée « fistule » c'est-à-dire, la « maladie de l'urine » ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1001A
926A	Quelles sont selon vous, les causes de cette maladie ?  (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE ..... A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER ..... C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER ..... D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE ..... E TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS..... F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE ..... G ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE ..... H ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE ..... I VOLONTE DE DIEU ..... J  AUTRES ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Y	
926B	Quelles sont selon vous les principales manifestations de cette maladie ?  (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	AMAIGRISSEMENT CONTINU ..... A PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ..... B PERTE INVOLONTAIRE DES SELLES ..... C PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ET DES SELLES ..... D CONSTAMMENT MOUILLEES ..... E ODEURS NAUSEABONDES ..... F INFIRMITE LOCOMOTRICE RELATIVE ..... G  AUTRES ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Y	
927	Peut-on soigner, selon vous, cette maladie et en guérir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
928	Etes-vous atteinte ou avez-vous déjà contracté cette maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 929B
929A	Comment, selon vous, avez-vous contracté cette maladie ?  (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE ..... A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP JEUNE POUR ACCOUCHER ..... C TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER ..... D TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE ..... E TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS..... F MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE ..... G ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE ..... H ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE ..... I VOLONTE DE DIEU ..... J  AUTRES ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Y	
929B	Comment, selon vous, contracte t-on cette maladie ?  (ENREGISTRER SPONTANEMENT LES REPONSES DE L'ENQUETEE)	SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE ..... A MAUVAIS SORTS, FATALITE..... B TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE ..... C TROP D'ACCOUCHEMENTS SUCCESSIFS..... D MALADIES FREQUENTES DURANT LA GROSSESSE ..... E ACCOUCHEMENT D'UN GROS BEBE ..... F ACCOUCHEMENT A DOMICILE SANS ASSISTANCE MEDICALE ..... G VOLONTE DE DIEU ..... H  AUTRES ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Y	

		<b>(VERIFICATION A Q928)</b> <b>SI Q928=1</b> ↓ <b>(SI Q928=2, ALLER A Q935)</b>	
930	Comment faites-vous ou comment avez-vous fait pour vous soigner principalement ?	CENTRE DE SANTÉ ..... 01 MATERNITÉ ..... 02 HOPITAL ..... 03 CLINIQUE PRIVÉE ..... 04 AUTRE STRUCTURE MÉDICALE (A PRÉCISER) ..... 06 SOINS TRADITIONNELS AU VILLAGE .. 07 AUCUN TRAITEMENT ..... 08  AUTRE..... 09 (A PRÉCISER)	933 934B
931	Si vous suivez ou vous avez suivi un traitement en relation avec votre fistule dans un centre de santé moderne, combien d'opérations chirurgicales, avez-vous subies ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  SI AUCUNE FOIS 00	935
932A	Cette opération chirurgicale ou la dernière opération chirurgicale subie, a-t-elle été selon vous une réussite ?	OUI ..... 1  NON ..... 2	932C
932B	Pourquoi pensez-vous que cette opération est réussie ?	CESSATION TOTALE DES PERTES D'URINES ..... A REPRISE NORMALE DES ACTIVITES QUOTIDIENNES..... B SENSATION DE DELIVRANCE ET DE MIEUX ETRE.... C RETOUR A LA VIE DE FAMILLE ..... D  AUTRES ..... X (PRÉCISER)	935
932C	Pourquoi pensez-vous que cette opération n'est pas réussie ?	AGGRAVATION : PERTES D'URINES TROP FREQUENTES ..... A AUCUNE AMELIORATION ..... B DOULEURS EXCESSIVES ..... C MAINTIEN EN INTERNEMENT EN MILIEU MEDICAL... .. D NOUVELLE OPERATION PLANIFIEE..... E AUTRES ..... X (PRÉCISER)	935
933	Depuis combien de temps suivez-vous ces traitements traditionnels/ ou sur quelle periode avez-vous suivi ces traitements ?	NOMBRE DE <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS..... 1  NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> D'ANNEES..... 2	
934A	Quels sont selon vous les résultats de ces traitements traditionnels?	AGGRAVATION..... 1 AUCUNE AMÉLIORATION..... 2 AMÉLIORATIONS SIGNIFICATIVES..... 3 GUÉRISON PARTIELLE..... 4 GUÉRISON COMPLÈTE..... 5 DURÉE DE TRAITEMENT TROP COURT POUR JUGER..... 6 SANS OPINION..... 7	
934B	Pourquoi êtes-vous demeurée sans soin jusque-là ?	PROBLEMES D'INFORMATIONS ..... A MALADIE INCURABLE ..... B SORCELLERIE..... C MANQUE DE SOUTIEN FAMILIAL..... D MANQUE D'ARGENT..... E SANS OPINION..... F AUTRE..... X (A PRÉCISER)	

935	<p>Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants ?</p> <p>a) Eviter les mariages précoces des adolescentes de moins de 18 ans .....</p> <p>b) Encourager la scolarisation de la jeune fille .....</p> <p>c) Eviter les grossesses précoces .....</p> <p>d) Eviter les grossesses trop nombreuses .....</p> <p>e) Eviter les grossesses trop rapprochées .....</p>	<table> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3				
OUI	NON	NSP																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
936	<p>Selon vous, peut-on prévenir les fistules en adoptant les comportements suivants en cas de grossesse?</p> <p>a) Faire des consultations prénatales dans un centre de santé ..</p> <p>b) Accoucher en milieu hospitalier ou dans une maternité .....</p> <p>c) Faire des consultations postnatales.....</p> <p>d) Participer aux séances de planification familiale.....</p> <p>e) Eviter de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.).....</p> <p>f) Eviter de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles</p>	<table> <thead> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	NON	NSP	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	
OUI	NON	NSP																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
1	2	3																						
937	<p>Connaissez-vous d'autres femmes qui souffrent ou qui ont souffert de la fistule ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 1001A</p>																					
938	<p>Si oui, combien de femmes ?</p>	<p>NOMBRE DE FEMMES</p>																						
939	<p>Pouvez-vous indiquer le lieu de leur résidence actuelle (localité, commune et région) ?</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><input type="checkbox"/></p>																					

**SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique.  Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1001H
1001B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS ..... <input type="text"/>	
1001C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES ..... <input type="text"/>	
1001D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/>	
1001E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/>	
1001F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1001H
1001G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS ..... <input type="text"/>	
1001H	ADDITIONNER LES REPONSES À 1001B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL ..... <input type="text"/>	
1001I	VÉRIFIER 1001H:  Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → <div style="margin-left: 300px;">INSISTER ET CORRIGER 1001A - 1001H COMME IL SE DOIT.</div>		
1002	VÉRIFIER 1001H :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>		→ 1014
1003	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/>	

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

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [7]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1013 NON ... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							

1004	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1005	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1006	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1008 NSP .... 8 ALLER À [13]
1007	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1008	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1009	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1010	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2
1011	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2	OUI .... 1 ALLER À 1013 NON .... 2
1012	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI .... 1 NON .... 2	OUI .... 1 NON .... 2	OUI .... 1 NON .... 2	OUI .... 1 NON .... 2	OUI .... 1 NON .... 2	OUI .... 1 NON .... 2
1013	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1014							
1014	ENREGISTRER L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW				HEURES ..... MINUTES .....		
					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE**

---

---

---

---

---

---

---

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

**OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE**

---

---

---

---

---

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



INSTRUCTIONS :  
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES

N NAISSANCE  
G GROSSESSE  
F FIN DE GROSSESSE

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

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

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

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

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

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