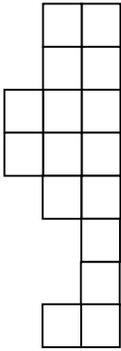


**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU RWANDA 2005
QUESTIONNAIRE FEMME**

**MINECOFIN
DIRECTION DE LA STATISTIQUE**

RÉPUBLIQUE DU RWANDA

IDENTIFICATION	
<p>NOM DE LA LOCALITÉ _____</p> <p>NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____</p> <p>PROVINCE _____</p> <p>DISTRICT</p> <p>NUMÉRO DE GRAPPE</p> <p>NUMERO DE STRUCTURE</p> <p>NUMÉRO DU MÉNAGE</p> <p>URBAIN/ RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)</p> <p>VILLE DE KIGALI / AUTRE-VILLE/ RURAL..... (VILLE DE KIGALI =1, AUTRE - VILLE =2, RURAL=3)</p> <p>NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____</p>	
<p>VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE: EST-CE QUE LE MENAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME (ET LES QUESTIONS SUR LES 'RELATIONS DANS LE MÉNAGE' (SECTION 10), LES TESTS DU VIH / ANEMIE, ET L'ANTHROPOMETRIE)? (OUI=1, NON=2)</p>	<input type="checkbox"/>
<p>SI LE MENAGE A ETE SÉLECTIONNE POUR LES QUESTIONS SUR LES 'RELATIONS DANS LE MÉNAGE' (SECTION 10), VÉRIFIER TABLEAU 35A POUR LA SÉLECTION DE LA FEMME ÉLIGIBLE POUR CETTE SECTION. LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ ACTUELLEMENT, A-T-ELLE ÉTÉ SÉLECTIONNÉE ? (OUI=1, NON=2)</p>	<input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE													
	1	2	3	VISITE FINALE									
<p>DATE _____</p> <p>NOM DE L'ENQUÊTRICE _____</p> <p>RÉSULTAT* _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>JOUR _____</p> <p>MOIS _____</p> <p>ANNÉE _____</p> <p>CODE _____</p> <p>RÉSULTAT _____</p>									
<p>PROCHAINE VISITE : DATE _____</p> <p style="text-align: right;">HEURE _____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>NBRE.TOTAL DE VISITES _____</p>									
<p>*CODES RÉSULTAT:</p> <table style="width:100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">1 REMPLI</td> <td style="width: 33%;">4 REFUSÉ</td> <td style="width: 33%;">7 AUTRE _____</td> </tr> <tr> <td>2 PAS À LA MAISON</td> <td>5 REMPLI PARTIELLEMENT</td> <td align="right">(PRÉCISER)</td> </tr> <tr> <td>3 DIFFÉRÉ</td> <td>6 INCAPACITÉ</td> <td></td> </tr> </table>					1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____	2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)	3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	
1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____											
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)											
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ												
<p>LANGUE DE L'INTERVIEW</p> <p>KINYARWANDA.....1</p> <p>AUTRE LANGUE _____ (PRÉCISER).....2</p>				<input type="checkbox"/>									
<p>INTERPRÈTE OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>				<input type="checkbox"/>									
<p>CHEF D'ÉQUIPE</p> <p>NOM _____</p> <p>DATE _____</p>	<p>CONTRÔLEUSE</p> <p>NOM _____</p> <p>DATE _____</p>		<p>CONTRÔLE BUREAU</p> <p>_____</p>	<p>SAISI PAR</p> <p>_____</p>									

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour le MINECOFIN, Direction 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 mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

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

Signature de l'enquêtrice: _____ Date: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS.....2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps dans la Ville de Kigali, dans une autre-ville ou en milieu rural? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	VILLE DE KIGALI-1 AUTRE-VILLE/VILLE ETRANGER.....2 RURAL/RURAL ETRANGER3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS95 VISITEUR96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps dans la Ville de Kigali, dans une autre-ville, ou en milieu rural? SI « ETRANGER », PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	VILLE DE KIGALI1 AUTRE-VILLE/VILLE ETRANGER.....2 RURAL/RURAL ETRANGER3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS NSP MOIS98 ANNÉE NSP ANNÉE.....9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES....	
SI ÂGE < 15 ANS OU > 49 ANS, ARRETER L'INTERVIEW.			
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI1 NON.....2	→ 111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire de 6 ans ou de 8 ans, post-primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE ANCIEN OU NOUVEAU1 PRIMAIRE REFORMÉ2 POST-PRIMAIRE/CERAR/FAMIL/CERAI .3 SECONDAIRE4 SUPÉRIEUR.....5	
109	Quelle est la dernière (classe/année) que vous avez achevée avec succès à ce niveau?	CLASSE/ANNÉE	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> POST-PRIMAIRE OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE.....3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT.....4 (PRÉCISER LANGUE) AVEUGLE/MALVOYANT.....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)?	OUI1 NON.....2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE3 PAS DU TOUT4	
117	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous?	NOMBRE DE VOYAGES <input type="text"/> AUCUN.....00	→ 119
118	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté pendant plus d'un mois de suite ?	OUI1 NON.....2	
119	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE1 PROTESTANT2 ADVENTISTE3 MUSULMAN4 RELIGION TRADITIONNELLE.....5 AUTRE6 (PRÉCISER) AUCUNE7	
119A	Au cours des dernières quatre semaines, avez-vous a) eu une consultation auprès d'un prestataire de service ? b) été hospitalisée pour au moins une nuit ?	OUI NON a) 1 2 b) 1 2	
119B	VÉRIFIER Q 119A a)	Q. 119A a) = OUI <input type="checkbox"/>	Q.119A a) = NON <input type="checkbox"/> (PASSER À 119G)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A		
119C	<p>Où a eu lieu la dernière consultation auprès d'un prestataire de service?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 ANIMATEUR DE SANTE 13</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25</p> <p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>			
119D	Combien avez-vous payé au total pour la dernière consultation, y compris les médicaments et les tests de laboratoire ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 000000 NE SAIT PAS 999998			
119E	Y avait-il (d'autres) dépenses en médicaments liées à cette consultation et payées à une pharmacie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> ► 119G		
119F	Combien avez-vous payé pour ces médicaments à la pharmacie ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998			
119G	VÉRIFIER Q 119A b)	<table border="1"> <tr> <td>Q 119A b) = OUI <input type="checkbox"/> ▼</td> <td>Q 119A b) = NON <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 119J)</td> </tr> </table>	Q 119A b) = OUI <input type="checkbox"/> ▼	Q 119A b) = NON <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 119J)	
Q 119A b) = OUI <input type="checkbox"/> ▼	Q 119A b) = NON <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 119J)				
119H	<p>Où étiez-vous hospitalisée la dernière fois pour au moins une nuit?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 CLINIQUE ARBEF 22 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>			
119I	Combien avez-vous payé au total pour l'hospitalisation ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 000000 NE SAIT PAS 999998			
119J	Quel type d'assurance médicale avez-vous actuellement ?	AUCUNE 1 MUTUELLE RAMA 2 AUTRE MUTUELLE 3 AUTRE NON-MUTUELLE _____ 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8			

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 des 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 	
204	Avez-vous des fils ou des 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 	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI 1 NON 2	→ 208
207	Combien de fils sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS DÉCÉDÉS  FILLES DÉCÉDÉES 	
207A	Avez-vous eu d'autres enfants qui sont nés vivants mais qui sont morts après quelques minutes, quelques heures, ou quelques jours ?	OUI 1 NON 2	→ 208
207B	CORRIGER Q207 PUIS CONTINUER AVEC LA QUESTION 208.		
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL 	
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

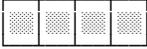
211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{ère} naissance que vous avez eue.

NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

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

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

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI..... 1 (AJOUTER LA NAISSANCE À Q212) ↕ NON 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>↓</p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ. <input type="checkbox"/></p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS. <input type="checkbox"/></p>	
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 2000. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'. <input type="checkbox"/>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2000, 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'.		
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS 	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant?	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  ANNÉE 	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ▼ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 2000 <input type="checkbox"/>		→ 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 	
233	Depuis jan. 2000, 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 2000. 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 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS  ANNÉE 	

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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>IL Y A ... SEMAINES 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>IL Y A ... MOIS..... 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>IL Y A ... ANNÉES 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE.... 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p>	
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>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 240</p>
239	<p>Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?</p>	<p>JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES..... 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES..... 3</p> <p>AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
240	<p>Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>→ 301</p>
241	<p>Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	<p>→ 301</p>
242	<p>Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.</p> <p>Est-ce que vous avez fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

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

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?	OUI1 NON2	→ 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"/> OU QUESTION NON-POSÉE ▼	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?	OUI1 NON2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous ?	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B PILULE C DIU D INJECTIONS E IMPLANTS F CONDOM G CONDOM FÉMININ H DIAPHRAGME I MOUSSE/GELÉE J MAMA K ABSTINENCE PÉRIODIQUE L MJF/COLLIER M RETRAIT N AUTRE X (PRÉCISER)	→ 316A
311A	ENCERCLEZ 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		
313	Où a eu lieu la stérilisation? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN HÔPITAL AGRÉÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENTAL11 HÔPITAL AGRÉÉ12 AUTRE PUBLIC16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ21 DOCTEUR PRIVÉ23 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL26 (PRÉCISER) AUTRE96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS98	
314	VÉRIFIER 311: CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS ANNÉE	
316A	Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE LISTÉE À Q.311) de façon continue ? INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 ^{ère} MÉTHODE DE Q.311) de façon continue ?		
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 UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNÉE 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 (DATE DOIT ÊTRE APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
317	VÉRIFIER 316/316A : L'ANNÉE EST 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 1999 OU AVANT <input type="checkbox"/>		→ 327
319	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCRCLÉ À 311/311A, ENCRCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCRCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE..... 01 STÉRILISATION MASCULINE..... 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS..... 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA..... 11 MJF/COLLIER 13 RETRAIT 14 ABSTINENCE 15 AUTRE METHODE..... 96	→ 322 → 331 } → 320A } → 331
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ..... 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 ANIMATEUR DE SANTE 13	
320A	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de (MAMA) (MJF/COLLIER)? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN HÔPITAL AGRÉÉ OU D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UNE INFIRMERIE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCRCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE ARBEF 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE 31 ÉGLISE 32 PARENTS/AMIS 33 AUTRE 96 (PRÉCISER)	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
321	VÉRIFIER 311/311A: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLEZ LE CODE POUR LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PILULE03 DIU04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE10 AMÉNORRHÉE LACTAIRE (MAMA)11 MJF/COLLIER13	→ 327 → 326
322	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?	OUI1 NON2	→ 324
323	Est-ce qu'un agent de santé ou un agent de la planification familiale vous a déjà parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI1 NON2	→ 325
324	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?	OUI1 NON2	
325	VÉRIFIER 322 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p>  </div> </div> <p>Au début, vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320). À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p> <p>À ce moment-là, vous-a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI1 NON2	→ 327
326	Est-ce que un agent de santé ou un agent de la planification familiale vous a-t-il jamais parlé d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser ?	OUI1 NON2	
327	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :	STÉRILISATION FÉMININE01 PILULE03 DIU/STÉRILET04 INJECTIONS05 IMPLANTS06 CONDOM07 CONDOM FÉMININ08 DIAPHRAGME09 MOUSSE/GELÉE10 MAMA11 ABSTINENCE12 MJF/COLLIER13	→ 331 → 331 → 331

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À					
328	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UNE INFIRMERIE 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)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ.....11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ12 ANIMATEUR DE SANTE13 AUTRE PUBLIC _____16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ21 PHARMACIE22 MÉDECIN PRIVÉ.....23 CLINIQUE ARBEF24 INFIRMERIE25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____26 (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE31 ÉGLISE32 PARENTS/AMIS33 AUTRE _____96 (PRÉCISER)						
328A	Avez-vous obtenu cette méthode actuelle au cours des quatre dernières semaines ?	OUI1 NON2	→ 331					
328B	Combien avez-vous payé au total pour cette méthode actuelle, y compris la consultation et la méthode ?	PRIX: <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><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> GRATUIT 00000 NE SAIT PAS99998						→ 331
329	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI1 NON2	→ 331					
330	Quel est cet endroit? Autre endroit ? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UNE INFIRMERIE OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT) ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ..... A C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ B ANIMATEUR DE SANTE C AUTRE PUBLIC _____ D (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ E PHARMACIE F MÉDECIN PRIVÉ..... G CLINIQUE ARBEF H INFIRMERIE I AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ J (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE K ÉGLISE L PARENTS/AMIS M AUTRE _____ X (PRÉCISER)						
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale?	OUI1 NON2						
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI1 NON2	→ 401					
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI1 NON2						

SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	→ 487
402 INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 2000. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212 <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS. NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212 <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216 NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD2 NE VOULAIT PLUS3 (PASSER À 423) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre? MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES2 <input type="text"/> NE SAIT PAS /ÇA DÉPEND998	MOIS1 <input type="text"/> ANNÉES2 <input type="text"/> NE SAIT PAS /ÇA DÉPEND998	
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECINA INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MÉDICAL ...B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNEY (PASSER À 415) ←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? MOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98		
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse? NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS98		

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____		NOM _____
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ? MONTRER COMPRIMÉS	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS 8		
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer en comprimés? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998		
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [NOM LOCAL]?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour prévenir le paludisme?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Quel était ce médicament? Autre médicament ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER DES ANTIPALUDÉENS TYPIQUES À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR A AMODIAQUINE B QUININE C AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z		
422A	VERIFIER 422 : TYPE DE MÉDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE "A" NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)		
422B	Combien de fois avez-vous pris du SP/Fansidar pendant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
422C	VERIFIER 407 : TYPE DE PERSONNEL AYANT DONNÉ LES SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE 'A' ET/ OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 423)		

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le SP/Fansidar au cours de visite prénatale, au cours d'autre visite dans une formation sanitaire, ou 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
424	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 426) ← NE SAIT PAS 8
425	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	GRAMMES DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ /ASSISTANT MÉDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D PARENTS/AMIS E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ /ASSISTANT MÉDICAL B AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE C ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE D PARENTS/AMIS E AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE Y
427	Où avez-vous accouché de (NOM)? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL GOUVERNEMENTAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ GOUVERNEMENTAL, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 429) ← AUTRE DOMICILE 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV 22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) (PASSER À 429) ←
427A	VÉRIFIER 215 DE LA DERNIÈRE NAISSANCE ET VÉRIFIER AVEC LA MÈRE SI L'ENFANT EST NÉ AU COURS DES QUATRE DERNIÈRES SEMAINES: NE(E) AU COURS DERNIÈRES QUATRE SEMAINES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 428

→ 428

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
427B	VÉRIFIER 427 DE LA DERNIERE NAISSANCE : ACCOUCHE DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ? OUI (CODE 21, 22, 26, 31 OU 36 ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> _____ → 429		
427C	Combien avez-vous payé à l'établissement pour cet accouchement ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....00000 NE SAIT PAS99998	
427D	Y-avait-il des/d'autres dépenses en médicaments liées à cet accouchement que vous avez payé à une pharmacie ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 428) ← NE SAIT PAS 8	
427E	Combien avez-vous payé à la pharmacie pour ces médicaments ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS99998	
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI..... 1 (PASSER À 433) ← NON 2	OUI..... 1 (PASSER À 435) ← NON 2
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 433) ←	OUI..... 1 (PASSER À 435) ← NON 2
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES APRÈS ACC 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
431	Qui vous a examinée à ce moment-là? INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ /ASSISTANT MÉDICAL..... 12 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE 21 ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
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'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S). _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE..... 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT.... 21 CENTRE DE SANTÉ GOUV..... 22 DISPENSARE..... 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HOPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
432A	Cette visite post-natale, a-t-il eu lieu au cours des quatre dernières semaines ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 433) ←	
432B	Combien avez-vous payé pour cette visite post-natale ?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....00000 NE SAIT PAS 99998	
432C	Y-avait-il des/ (d'autres) dépenses en médicaments liées à cette visite que vous avez payé à une pharmacie ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 433) ← NE SAIT PAS 8	
432D	Combien avez-vous payé à la pharmacie pour ces médicaments?	PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULES	OUI..... 1 NON 2	
433A	Avez-vous jamais souffert d'une fistule obstétricale ? (MALADIE CARACTÉRISÉE PAR L'ÉCOULEMENT INCONTRÔLÉ DES URINES OU/ÉT DES SELLES DU VAGIN À CAUSE DE LA PERFORATION DE LA PAROI DU VAGIN QUI LE MET EN COMMUNICATION AVEC LA VESSIE ET/OU LE RECTUM)	OUI..... 1 NON 2 PASSER A 434 ←	
433B	Avez-vous recherché des soins pour ce problème ?	OUI..... 1 NON 2	
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI..... 1 (PASSER À 436) ← NON 2 (PASSER À 437) ←	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIÈRE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 439) ←

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
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
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- OU PAS SÛRE CEINTE ▼ (PASSER À 439) ◀	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 440) ◀	
439	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
440	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ◀	OUI 1 NON 2 (PASSER À 447) ◀
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
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) ◀	
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/INFUSIONS H MIEL I AUTRE _____ X (SPÉCIFIER)	
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 454) ◀	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 454) ◀
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 448) ◀ NON 2	OUI 1 (PASSER À 448) ◀ NON 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

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

SECTION 4B. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 2000. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																								
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																						
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____	NOM _____																																																																																																																						
		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 486)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 456, DERNIÈRE COLONNE DU QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE ALLER À 486)																																																																																																																						
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER CAPSULE/GÉLULE	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																																																																																																																						
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																																																																																																																						
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET. (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE																																																																																																																						
		BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 0 (à la naissance) P0..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 1 P1..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 2 P2..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> POLIO 3 P3..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 1 D1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 2 D2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> DTcoq 3 D3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> Rougeole ROUG ... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE) VIT. A.... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																													BCG <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P0..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P1..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P2..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> P3..... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> D1 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> D2 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> D3 <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> ROUG ... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> VIT. A.... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																																																										

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) ◀ NON 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 466) ◀ NON 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 466) ◀ NE SAIT PAS 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463E) ◀ NE SAIT PAS 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, au cours des premières deux semaines de la vie, ou plus tard?	PREMIÈRES DEUX SEMAINES 1 PLUS TARD 2 NSP 8	PREMIÈRES DEUX SEMAINES 1 PLUS TARD 2 NSP 8
463D	Combien de fois le vaccin contre la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 8	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 8
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 463G) ◀ NE SAIT PAS 8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 8	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 8
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ◀ NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 469) ◀ NE SAIT PAS 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467 : FIÈVRE OU TOUX ?	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 475)

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474B	VÉRIFIER 474 : QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'A' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474F)	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'A' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre le SP/Fansidar	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le SP/Fansidar? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
474E	Aviez-vous le SP/Fansidar à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu le SP/Fansidar la première fois?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8
474F	VÉRIFIER 474 : QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'B' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474J)	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'B' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474J)
474G	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre l'Amodiaquine ?	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris l'Amodiaquine? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8
474I	Aviez-vous l'Amodiaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu l'Amodiaquine la première fois?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8
474J	VÉRIFIER 474 : QUELS MÉDICAMENTS ?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'C' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474N)	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼	CODE 'C' NON-ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de (la fièvre/les convulsions), (NOM) a-t-il (elle) commencé à prendre 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 JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8	MEME JOUR 1 LE JOUR SUIVANT 2 DEUX JOURS APRES 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE 4 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la quinine? SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS..... <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS.....8	JOURS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS8
474M	Aviez-vous la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la quinine la première fois?	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS..... 8	A LA MAISON 1 AUTRE SOURCE 2 NE SAIT PAS 8
474N	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
474O	Qu'est-ce qui a été fait pour (la fièvre/les convulsions) de (NOM) ? Autre chose ?	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNELA TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES.....B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES C AUTRE _____ X (PRÉCISER)	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNELA TAMPONNÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES.....B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALESC 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
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE..... 5 NE SAIT PAS..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER..... 6 NE SAIT PAS..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER..... 6 NE SAIT PAS 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire? a Un liquide préparé à partir d'un sachet [SERUMU]? b Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO ... 1 2 8 LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO 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

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
480	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP A</p> <p>INJECTION..... B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE C</p> <p>REMÈDES MAISON/PLANTES D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROPA</p> <p>INJECTION.....B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE..... C</p> <p>REMÈDES MAISON/PLANTES D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
481	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER À 483) ◀</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER À 483) ◀</p>
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV//AGRÉÉ A</p> <p>C.SANTÉ GOUV//AGRÉÉ..... B</p> <p>AGENT DBC..... C</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ D</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... E</p> <p>PHARMACIE F</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE ARBEF..... H</p> <p>INFIRMERIE..... I</p> <p>AUTRE PRIVÉ.</p> <p>MÉDICAL _____ J</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE..... K</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL... L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV//AGRÉÉA</p> <p>C.SANTÉ GOUV//AGRÉÉ.....B</p> <p>AGENT DBC..... C</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ D</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉE</p> <p>PHARMACIE F</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE ARBEF..... H</p> <p>INFIRMERIE..... I</p> <p>AUTRE PRIVÉ.</p> <p>MÉDICAL _____ J</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUEK</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 486.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 486.</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/>		→ 488
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SERUMU que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée? [MONTRER LE SACHET DE SRO]	OUI1 NON2	
488	VÉRIFIER 218: A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>		→ 490
489	Quand (votre enfant/l'un de vos enfants) est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement? SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER: Si (votre enfant/ l'un de vos enfants) tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider de prendre l'enfant pour qu'il soit traité médicalement?	OUI1 NON2 CELA DÉPEND3	
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même. Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou un traitement médical, est-ce que les questions suivantes constituent, pour vous, un gros problème, un problème mineur ou ne posent aucun problème ou pas? Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	UN GROS PROBLÈME PAS UN PROBLÈME OÙ ALLER 1 2 PERMISSION 1 2 ARGENT 1 2 DISTANCE 1 2 TRANSPORT 1 2 ALLER SEULE 1 2 PERSON. FEM. 1 2	
490A	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous? Autre chose ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES A OUI, PIPE B OUI, AUTRE TABAC C NON Y	
490B	VÉRIFIER 490A: CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		► 490 D
490C	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES <input type="text"/>	
490D	Savez-vous comment les gens attrapent le paludisme dans votre communauté ?	OUI1 NON2	→ 490 G

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
490E	<p>Comment peuvent-ils attraper le paludisme ?</p> <p>Autre chose ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>QUAND IL FAIT FROID A</p> <p>QUAND IL FAIT CHAUD B</p> <p>CHANGEMENTS DE SAISON C</p> <p>MOUSTIQUES D</p> <p>EMBRASSADES E</p> <p>EXPOSITION AU SOLEIL F</p> <p>SORCELLERIE G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
490F	<p>Que pouvez-vous faire pour éviter d'attraper le paludisme ?</p> <p>Autre chose ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>RESTER À L'INTÉRIEUR A</p> <p>DORMIR SOUS MOUSTIQUAIRE B</p> <p>ÉVITER PIQÛRES DE MOUSTIQUES C</p> <p>UTILISER DES INSECTICIDES D</p> <p>BRÛLER LES FEUILLES/BOUSES E</p> <p>PORTER DES VÊTEMENTS CHAUDS... F</p> <p>PRENDRE DES ANTIPALUDIQUES G</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
490G	<p>VÉRIFIER 226:</p> <p>ACTUELLEMENT PAS ENCEINTE PAS ENCEINTE ENCEINTE OU PAS SÛRE</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>		→ 491
490H	Avez-vous souffert de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	► 491
490I	La dernière fois que vous aviez la fièvre, avez-vous pris des médicaments contre la fièvre?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	► 491
490J	<p>Quels médicament(s) avez-vous pris la dernière fois que vous aviez la fièvre ?</p> <p>Autres médicaments ?</p> <p>DEMANDER À VOIR LE(S) MÉDICAMENT(S). SI PAS VU, MONTRER LE(S) MÉDICAMENT(S) À L'ENQUÊTÉE</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>POUR CHAQUE ANTIPALUDIQUE, DEMANDER: Combien de jours après que la fièvre a commencé avez-vous commencé à prendre le (NOM DU MÉDICAMENT) ?</p> <p>MÊME JOUR = 0 UN JOUR APRÈS = 1 DEUX JOURS APRÈS = 2 TROIS JOURS APRÈS OU PLUS = 3</p>	<p>ANTIPALUDIQUES</p> <p>AMODIAQUINE A</p> <p>FANSIDAR B</p> <p>QUININE C</p> <p>MÉDICAMENT INCONNU.. D</p> <p>AUTRE E</p> <p>AUTRES MÉDICAMENTS</p> <p>ASPIRINE F</p> <p>PARACETAMOL G</p> <p>AUTRE X</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
490K	Au total, combien avez-vous dépensé pour des médicaments la dernière fois que vous aviez la fièvre ?	<p>PRIX : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>GRATUIT 00000</p> <p>NE SAIT PAS 99998</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218 :</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>ET VIVANT AVEC ELLE ▼</p> <p>OU A EU UN ENFANT OU PLUS MAIS NE VIVANT PAS AVEC ELLE</p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)</p> <p>----- (NOM)</p>	<p>N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 499B</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 de complément pour bébé, par exemple, Cerelac, farine de soja, Sorgho ?</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 naturel ?</p> <p>e Autres liquides tels que eau sucrée, thé, café, boissons gazeuses ?</p> <p>f Bouillon ou soupe ?</p> <p>g N'importe quel autre type de liquide.</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p>	<p>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>
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>7 DERNIERS JOURS</p> <p>NOMBRE DE JOURS</p>	<p>HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p>NOMBRE DE FOIS</p>

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLER
	<p>a Aliments à base de céréales [ex : mil, sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales] ?</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, cassava, ou autre tubercules/racines locales ?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes ?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A] ?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou œufs ?</p> <p>h Autres aliments à base de légumes [par ex : lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides] ?</p> <p>i Fromage ou yaourts ?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'. SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p>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>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>	
499B	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 6 derniers mois.</p> <p>Au cours des 6 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'.</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/></p> <p>AUCUNE.....00</p>		→ 501
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'.</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/></p> <p>AUCUNE.....00</p>		→ 501
499D	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection, où êtes-vous allé pour qu'on vous la fasse ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ 11 C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ 12 AGENT DBC..... 13</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16 (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....21 DENTISTE22 PHARMACIE23 MÉDECIN/INFIRMERIE PRIVÉ.....24 CLINIQUE ARBEF25</p>		

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
	<p style="text-align: center;">----- (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE ENDROIT A LA MAISON..... 31</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	
499E	<p>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>	<p>OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 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 ACTUEL. 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, JAMAIS EN UNION 3	<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"/>	
506	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <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	Avec combien d'autres épouses ou partenaires votre mari vit-il actuellement?	NOMBRE D'ÉPOUSES <input type="text"/> ET DE PARTENAIRES NSP 98	
509	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG <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: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> MARIÉE/ A VÉCU AVEC 1 HOMME SEULEMENT UNE FOIS En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire? </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> 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 commencé à vivre avec un homme comme mariée En quel mois et quelle année vous êtes-vous mariée ou avez-vous commencé à vivre avec un homme comme mariée pour la 1ere fois </div> </div>	MOIS <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS..... 98 ANNÉE..... <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"/>	
513	VÉRIFIEZ 503 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE OU <input type="checkbox"/> PAS VEUVE ↓	VEUVE <input type="checkbox"/>	→ 516
514	VÉRIFIER 510: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓	MARIÉE <input type="checkbox"/>	→ 518

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
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'ÉPOUSE 3 FAMILLE DE L'ÉPOUSE 4 AUTRE 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN 6	→ 518
517	Avez-vous reçu 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 ANS <input type="checkbox"/> 25-49 ANS <input type="checkbox"/>		→ 526
522	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS 8	→ 523
522A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5 AUTRE 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 8	
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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
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	<input type="checkbox"/> → 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..... DES JOURS. ... 1 IL Y A.....SEMAINES ... 2 IL Y A.....MOIS..... 3 IL Y A.....ANNÉES..... 4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <input type="checkbox"/> → 539								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	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) ←																																																																	
527A	Quelle est la raison principale pour la quelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQ. VEUT ÉVITER MST/SIDA... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSS... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESS ... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ... 5 AUTRE 6 _____ PRÉCISER	ENQ. VEUT ÉVITER MST/SIDA... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSS... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESS ... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE/SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ... 5 AUTRE 6 _____ (PRÉCISER)																																																																	
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																																																																	
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) ←																																																																	
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 PAR- TENAIRE 3 NI L'UN NI L'AUTRE... 4	ENQUÊTÉE SEULE... 1 PARTENAIRE SEUL... 2 ENQUÊTÉE ET PAR- TENAIRE..... 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..... 1 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE..... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE..... 4 PROFESSIONNEL DU SEXE..... 5 AUTRE 6	MARI..... 1 (PASSER À 537) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE..... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE..... 4 PROFESSIONNEL DU SEXE..... 5 AUTRE 6																																																																	
532	Pendant 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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAI... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNEES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																	JOURS... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAI... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NON... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNEES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																	

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	
533	VÉRIFIER 106 :	15-24 ANS <input type="checkbox"/> 25-49 ANS <input type="checkbox"/> (PASSER À 537) ←	15-24 ANS <input type="checkbox"/> 25-49 ANS <input type="checkbox"/> (PASSER À 537) ←	
534	Quel âge a cette personne?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← NSP 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 537) ← 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) ←	
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.... 3	DIX ANS OU PLUS 1 MOINS DE DIX ANS 2 PLUS ÂGÉE, NSP.... 3	
537	Mise à part cette personne 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) ←		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
538	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans les 12 derniers mois?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'</p>	NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/>	
539	<p>En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?</p> <p>EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'</p>	NOMBRE DE PARTENAIRES .. <input type="text"/>	
540	<p>VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: MENAGE A ÉTÉ SELECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME (CODE 1 ENCERCLE)?</p> <p>ENQUÊTE HOMME (COUVERTURE =1) <input type="checkbox"/> PAS D'ENQUÊTE HOMME (COUVERTURE =2) <input type="checkbox"/></p>		→ 544
541	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉE.</p>	<p>PRIVÉ OBTENU 1</p> <p>PRIVÉ IMPOSSIBLE 2</p>	→ 544
542	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	<p>VOULAIT 1</p> <p>A ÉTÉ FORCÉE 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	
543	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE REP. 3</p>	
544	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 601
545	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ ... A</p> <p>C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ ... B</p> <p>ANIMATEUR DE SANTE.....C</p> <p>AUTRE PUBLIC D</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ E</p> <p>PHARMACIE F</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... G</p> <p>CLINIQUE ARBEF H</p> <p>INFIRMERIE I</p> <p>AUTRE PRIVÉ J</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE/RUE..... K</p> <p>ÉGLISE L</p> <p>AMIS/PARENTS M</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
546	Si vous le voulez, pouvez-vous vous procurer un condom?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8	
546A	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms en allant à pied?	OUI 1 NON 2	601
546B	Où est-ce? S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UNE CLINIQUE OU D'UNE INFIRMERIE, PARTENAIR L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ. _____ NOM DE L'ENDROIT Aucun autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ A C. DE SANTÉ GOUV/AGRÉE B ANIMATEUR DE SANTE.....C AUTRE PUBLIC D SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ E PHARMACIE..... F MÉDECIN PRIVÉ..... G CLINIQUE ARBEF H INFIRMERIE..... I AUTRE PRIVÉ J AUTRE SOURCE BOUTIQUE K ÉGLISE L AMIS/PARENTS M AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
546C	Combien de temps faut-il pour aller à pied à l'endroit le plus proche afin de se procurer un condom?	MINUTES..... SUR PLACE.....996	

SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 614
602	VÉRIFIER 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant?</p> <p>Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant?</p>	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 3 PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ET INDÉCISE/NE SAIT PAS 4 ENCEINTE ET INDÉCISE/ NE SAIT PAS 5	→ 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226 : <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼ </div> </div> <p>Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?</p> <p>Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?</p>	MOIS 1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> ANNÉES 2 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT..... 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE... 994 APRÈS MARIAGE..... 995 AUTRE _____ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS 998	→ 609 → 614 → 609
604	VÉRIFIER 226: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 608
606	VÉRIFIER 603: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ▼ </div> <div style="text-align: center;"> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/> _____ </div> </div>		→ 610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Autres raisons?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>NON MARIÉEA</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELSB</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTSC</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIED</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILEE</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUMF</p> <p>ALLAITEMENTG</p> <p>FATALISTEH</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉEI</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉJ</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉESK</p> <p>INTERDITS RELIGIEUXL</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNÂIT AUCUNE MÉTHODEM</p> <p>CONNÂIT AUCUNE SOURCEN</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉO</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOINQ</p> <p>TROP CHERR</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISERS</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPST</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PASZ</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT..... 1</p> <p>PETIT PROBLÈME2</p> <p>AUCUN PROBLÈME3</p> <p>DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans l'avenir, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE03</p> <p>DIU04</p> <p>INJECTIONS05</p> <p>IMPLANTS.....06</p> <p>CONDOM07</p> <p>CONDOM FÉMININ.....08</p> <p>DIAPHRAGME09</p> <p>MOUSSE/GELÉE10</p> <p>AMÉNORRHÉE LACTAIRE (MAMA)11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE12</p> <p>RETRAIT13</p> <p>COLLIER /MJF14</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS98</p>	<p>→ 614</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
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 FRÈRES(S).....E FILLE.....F FILS.....G BELLE-MÈRE.....H AMI(E)S/VOISIN(E)S.....I AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
621	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE ▼	OUI, VIT AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ▼	NON, PAS EN <input type="checkbox"/> UNION	→ 628
622	VÉRIFIER 311/311A : UN CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ▼	PAS DE CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		→ 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 parler des 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 cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3		
626	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ▼	LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 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 :	NSP OUI NON IL A UNE MST.....1 2 8 AUTRES FEMMES.....1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT.....1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR....1 2 8		
629	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-ce justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8		
630	VÉRIFIER: 501 : ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> EN UNION ▼	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 701	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
631	Pouvez-vous refuser à votre mari/partenaire d'avoir les 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/partenaire 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 703</p> <p>→ 707</p>
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, post-primaire, secondaire ou supérieur?	<p>PRIMAIRE1</p> <p>POST-PRIM/CERAI/CERAR/FAMILIAL3</p> <p>SECONDAIRE4</p> <p>SUPÉRIEUR5</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	→ 706
705	Quelle est la dernière année qu'il a achevé à ce niveau?	<p>CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....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"/></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI1</p> <p>NON2</p>	→ 719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	<p><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 TERRE1</p> <p>TERRE DE LA FAMILLE2</p> <p>TERRE LOUÉE3</p> <p>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE4</p> <p>TERRE DE MOITIÉ5</p>	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	<p>POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE1</p> <p>POUR QUELQU'UN D'AUTRE2</p> <p>À SON COMPTE3</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON1 LOIN DE LA MAISON2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE2 TEMPS EN 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 SEULEMENT1 ARGENT ET NATURE2 EN NATURE SEULEMENT.....3 PAS PAYÉE4	└─▶ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME1 MARI/PARTENAIRE2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE3 QUELQU'UN D'AUTRE4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE5	
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 RIEN1 MOINS DE LA MOITIÉ2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ3 PLUS DE LA MOITIÉ4 LA TOTALITÉ5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes : Vos propres soins de santé? Les achats de choses importantes pour le ménage? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage? Les visites à la famille, aux amis 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 SOINS 1 2 3 4 5 6 CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6 QUOTID. 1 2 3 4 5 6 VISITES 1 2 3 4 5 6 NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ PRÉS./ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS. PAS 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 est en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il normal qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 DISCUTER 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

SECTION 8. VIH/SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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 MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES . F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .. M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE W (PRÉCISER) AUTRE X (PRÉCISER) NE SAIT PAS Z	
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	PASSER À																																										
811	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8																											
	OUI	NON	NSP																																										
GROSSESSE	1	2	8																																										
ACCOUCHEMENT	1	2	8																																										
ALLAITEMENT	1	2	8																																										
812	VÉRIFIER 811: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 814																																										
813	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	<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 APRÈS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 ↓	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2003 <input type="checkbox"/>	→ 824 → 824																																										
816	VÉRIFIER 407 VU QUELQU'UN POUR <input type="checkbox"/> DES SOINS PRÉNATALS ↓	N'A VU PERSONNE <input type="checkbox"/>	→ 824																																										
817	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre dernière naissance. Au cours de l'une de vos visites prénatales pour cette naissance, [NOM], 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, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<table> <tbody> <tr> <td colspan="3">SECTEUR PUBLIC</td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL GOUV./AGRÉÉ</td> <td></td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>C. DE SANTÉ GOUV./AGRÉÉ</td> <td></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>CENTRE CDV</td> <td></td> <td>13</td> </tr> <tr> <td>AUTRE PUBLIC</td> <td>_____</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRÉCISER)</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="3">SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</td> <td>.....</td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN PRIVÉ</td> <td>.....</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>CENTRE CDV</td> <td>.....</td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>CLINIQUE ARBEF.</td> <td>.....</td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>INFIRMERIE</td> <td>.....</td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>AUTRE PRIVÉ</td> <td>_____</td> <td>26</td> </tr> <tr> <td></td> <td>(PRÉCISER)</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	SECTEUR PUBLIC			HÔPITAL GOUV./AGRÉÉ		11	C. DE SANTÉ GOUV./AGRÉÉ		12	CENTRE CDV		13	AUTRE PUBLIC	_____	16		(PRÉCISER)		SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ			HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ	21	MÉDECIN PRIVÉ	22	CENTRE CDV	23	CLINIQUE ARBEF.	24	INFIRMERIE	25	AUTRE PRIVÉ	_____	26		(PRÉCISER)		
SECTEUR PUBLIC																																													
HÔPITAL GOUV./AGRÉÉ		11																																											
C. DE SANTÉ GOUV./AGRÉÉ		12																																											
CENTRE CDV		13																																											
AUTRE PUBLIC	_____	16																																											
	(PRÉCISER)																																												
SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ																																													
HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ	21																																											
MÉDECIN PRIVÉ	22																																											
CENTRE CDV	23																																											
CLINIQUE ARBEF.	24																																											
INFIRMERIE	25																																											
AUTRE PRIVÉ	_____	26																																											
	(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	PASSER 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?	JOURS. 1 SEMAI... 2 MOIS. 3 ANNEES 4	
825A	Combien avez-vous dépensé pour ce test?	MONTANT FRW GRATUIT..... 00000 NE SAIT PAS.....99998	
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, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV./AGRÉE 11 C. DE SANTÉ GOUV./AGRÉE 12 CENTRE CDV 13 AUTRE PUBLIC 16 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 MÉDECIN PRIVÉ 22 CENTRE CDV 23 CLINIQUE ARBEF..... 24 INFIRMERIE 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL 26 (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, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. _____ (NOM DE L'ENDROIT) Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV./AGRÉE A C. DE SANTÉ GOUV./AGRÉE ... B CENTRE CDV C AUTRE PUBLIC X (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ D MÉDECIN PRIVÉ E CENTRE CDV F CLINIQUE ARBEF..... G INFIRMERIE H AUTRE PRIVÉ MÉDICAL I (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
831	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
831B	A votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler du SIDA: À la radio? À la télévision? Dans les journaux ou magazines?	ADMIS- PAS SIBLE ADMIS. À LA RADIO..... 1 2 À LA TV 1 2 DANS LES JOURNAUX. ... 1 2	
831C	Au cours des trois derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur le SIDA à travers les média?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 831G
831D	A travers quels média avez-vous entendu ou vu quelque chose sur le SIDA? À la radio? À la télévision? Dans les journaux ou magazines? À travers les affiches, dépliants ou auto-collants?	OUI NON RADIO..... 1 2 TÉLÉVISION. 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES. 1 2 AFFICHES/DÉPLIANT/AUTO.CO. ... 1 2	
831E	Avez-vous changé votre comportement d'une manière quelconque à la suite de ce que vous avez entendu ou vu au sujet du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 831G
831F	De quelle manière avez-vous changé de comportement? Autre manière? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LIMITER NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS A DEVENIR FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE FIDÈLE. B ÉVITER RAP.SEX. AVEC PARTENAIRES OCCASIONNELS. C ÉVITER RAP.SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP DE PART..... D UTILISER CONDOM POUR RAP.SEX. AVEC PARTENAIRES OCCAS..... E S'ABSTENIR DE RAP.SEX..... F ÉVITER INJECTIONS. G ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE. ... H AUTRE: _____ W (PRECISER) AUTRE: _____ X (PRECISER)	
831G	VÉRIFIEZ 501: OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION/ NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 832
831H	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari/la personne avec qui vous vivez)	OUI 1 NON 2	
831I	Au cours des six derniers mois, avez-vous conseillé à quelqu'un de prendre des mesures quelconques pour éviter d'être infecté du 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 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
833	Si un de vos parents contractait le virus du SIDA, seriez-vous prêt à prendre soins de lui/elle dans votre propre maison?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
834	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉE À ENSEIGNER 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER 2 NSP/PAS SÛRE/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 ... 3	→ 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 dont on s'est moqué 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 : PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 840
839	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida, qui a le sida, ou qui est mort du 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'avoir introduit 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 NSP/PAS SÛRE/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 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
844	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
845	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
846	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
847	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
848	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
849	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
850	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
851	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
852	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
853	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
854	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
855	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND 8	
856	<p>VÉRIFIER 801:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 859
857	<p>Quand un homme a une infection sexuellement transmissible, quels symptômes peut-il avoir?</p> <p>Y at-il d'autres symptômes?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>ÉCOULEMENT GÉNITAL B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>IMPUISSANCE L</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
858	<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>	<p>DOULEUR ABDOMINALE A</p> <p>PERTES GÉNITALES B</p> <p>PERTES MALODORANTES C</p> <p>BRÛLURE EN URINANT D</p> <p>ROUGEUR/INFLAMMATION DANS PARTIE GÉNITALE E</p> <p>GONFLEMENT DS ZONE GÉNIT... F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL G</p> <p>VERRUES GÉNITALES H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES I</p> <p>SANG DANS LES URINES J</p> <p>PERTE DE POIDS. K</p> <p>DIFFICULTÉ POUR TOMBER ENCEINTE/AVOIR UN ENFANT L</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔME Y</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
859	VÉRIFIER 519: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901A
860	VÉRIFIER 856 A ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL <input type="checkbox"/>		→ 862
861	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	
862	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	
863	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	
864	VÉRIFIER 861,862 ET 863 A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE LE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 901A
865	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME MENTIONNÉ À 861/862/863), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI 1 NON 2	→ 901A
866	Où êtes-vous allée? Y a t-il un autre endroit? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUV/AGRÉÉ..... A CENTRE SANTÉ GOUV/AGRÉÉ... B ANIMATEUR DE SANTE..... C CENTRE CDV D CENTRE POUR JEUNES..... E AUTRE PUBLIC F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ..... G MÉDECIN PRIVÉ H PHARMACIE I CLINIQUE ARBEF J CENTRE CDV K INFIRMERIE..... L AUTRE PRIVÉ Y (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE/KIOSQUE..... N AUTRE X (PRÉCISER)	
867	Quand vous avez eu (PROBLÈME(S) DE 861/862/863), en avez-vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 CERTAINES PERS/PAS TOUTES..... 3 N'A PAS EU PARTENR..... 4	→ 901A
868	Quand vous avez eu (PROBLÈME(S) DE 861/862/863), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire(s) sexuel(s)?	OUI 1 NON 2 PARTENR(S) DÉJÀ INFECTÉ(S)..... 8	→ 901A
869	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous... Pris des médicaments? Arrêter les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	OUI NON PRIS MÉDICAMENTS... 1 2 ARRÊTER SEX..... 1 2 UTILISÉ CONDOM..... 1 2	

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
905	Est-ce que (NOM) est de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FEMININ..... 2	MASCULIN... 1 FEMININ 2	MASCULIN ...1 FEMININ2	MASCULIN ... 1 FEMININ 2	MASCULIN... 1 FEMININ 2	MASCULIN ...1 FEMININ2
906	Est-ce que (NOM) est-il encore en vie?	OUI 1 NON..... 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [2]	OUI..... 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [3]	OUI.....1 NON.....2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [4]	OUI1 NON.....2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [5]	OUI 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [6]	OUI.....1 NON.....2 ALLER A 908<J NSP.....8 ALLER A [7]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [7]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédée? SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est décédé avant l'âge de 12 ans? SI OUI, ENTREZ '95' SI NON, POSEZ DES QUESTIONS ADDITIONNELLES POUR ESTIMER L'AGE AU DECES. PAR EXEMPLE: Est ce-que (NOM) est décédé avant ou après s'être marié?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [7]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON.....2	OUI1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON.....2	OUI1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI 1 ALLER 913<J NON 2	OUI.....1 ALLER 913<J NON2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON 2	OUI.....1 NON.....2	OUI1 NON..... 2	OUI 1 NON 2	OUI.....1 NON2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À Q.1000A							

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
905	Est-ce que (NOM) est de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FEMININ..... 2	MASCULIN... 1 FEMININ 2	MASCULIN ...1 FEMININ2	MASCULIN... 1 FEMININ..... 2	MASCULIN... 1 FEMININ 2	MASCULIN ...1 FEMININ2
906	Est-ce que (NOM) est-il encore en vie?	OUI 1 NON..... 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [8]	OUI..... 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP..... 8 ALLER A [9]	OUI..... 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [10]	OUI 1 NON..... 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [11]	OUI..... 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP 8 ALLER A [12]	OUI..... 1 NON 2 ALLER A 908<J NSP..... 8 ALLER A [13]
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER A [13]
908	Combien y-a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédée? SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est décédé avant l'âge de 12 ans? SI OUI, ENTREZ '95' SI NON, POSEZ DES QUESTIONS ADDITIONNELLES POUR ESTIMER L'AGE AU DECES. PAR EXEMPLE: Est ce-que (NOM) est décédé avant ou après s'être marié?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU ÂGE AU DECES INFÉRIEUR À 12 ANS : ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI 1 ALLER 913<J NON..... 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2	OUI..... 1 ALLER 913<J NON 2
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON 2	OUI..... 1 NON 2
913	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <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 Q.1000A							

SECTION 10. LES RELATIONS DANS LE MÉNAGE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1000A	VÉRIFIER PAGE DE COUVERTURE : LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A ÉTÉ SÉLECTIONNÉE POUR LES QUESTIONS SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE"?		
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> _____ ↓		→1029
1001	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES : NE PAS CONTINUER JUSQUE À CE QUE VOUS SOYEZ COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ. ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA SITUATION ET SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE		
	VOUS ÊTES 1 IMPOSSIBLE EN PRIVÉ ↓ D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 _____		→1028
	LIRE À TOUTES LES ENQUÊTÉES : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de certains aspects des relations à l'intérieur du ménage. Je sais que certaines de ces questions sont très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à comprendre la situation des femmes au Rwanda. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et ne seront répétées à personne. Je tiens aussi à vous informer que vous êtes la seule personne dans votre ménage à qui ces questions seront posées et que personne ne saura que l'on vous a posé ces questions. Si quelqu'un arrivait pendant que nous discutons, nous passerons à un autre sujet.		
1002	VÉRIFIER 501, 502 ET 504 :		
	ACTUEL. EN UNION DIVORCÉE / VEUVE/ JAMAIS ÉTÉ OU VIT AVEC SÉPARÉE/ EN UNION/ JAMAIS UN HOMME ↓ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> _____ ↓		→1014
1003	Quand deux personnes sont mariées ou vivent ensemble, elles partagent de bons et mauvais moments. Dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire est-ce que les faits suivants (se produisent/se produisaient) fréquemment, parfois ou jamais?	FRÉQUEM MENT PAR FOIS JA- MAIS	
	a) Il (passe/passait) habituellement son temps libre avec vous?	TEMPS LIBRE..... 1 2 3	
	b) Il vous (consulte/consultait) au sujet de différentes questions du ménage?	CONSULTE 1 2 3	
	c) Il (est/était) affectueux avec vous?	AFFECTION 1 2 3	
	d) Il vous (respecte/respectait) et (tient/tenait) compte de vos désirs?	RESPECTE 1 2 3	
1004	Maintenant, je vais vous poser des questions à propos de situations que les femmes peuvent rencontrer. S'il vous plaît, dites-moi si les faits suivants s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire?	OUI NON NSP	
	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes?	JALOUX..... 1 2 8	
	b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle?	ACCUSE..... 1 2 8	
	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de rencontrer vos amies de sexe féminin?	VOIR AMIES..... 1 2 8	
	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille d'origine?	VISITE FAMILLE 1 2 8	
	e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments?	OÙ VOUS ÊTES..... 1 2 8	
	f) Il ne vous (fait/faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent?	ARGENT..... 1 2 8	
1005	Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire. 5A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire:	5B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
	<p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?</p> <p>b) Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous,?</p>	<p>OUI 1 → NON.. 2 ↴</p> <p>OUI 1 → NON.. 2 ↴</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1006	<p>6A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/:</p> <p>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</p> <p>b) Vous gifle ou torde le bras?</p> <p>c) Vous crache dans la figure ?</p> <p>d) Vous frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</p> <p>e) Vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre?</p> <p>f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>h) Vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>i) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas?</p> <p>j) Vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p>	<p>6B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>d) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>e) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>f) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>g) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>h) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>i) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p> <p>j) NOMBRE FOIS <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE..... 95</p>	
1007	<p>VÉRIFIER 1006:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 1010</p>	
1008	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/ (ce ou ces comportements) s'est ou (se sont) produits pour la première fois?</p> <p>SI MOINS DE 1 AN, ENREGISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ UNION 95</p> <p>APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE 96</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1009	<p>9A. Est-ce qu'à la suite d'un comportement quelconque, mais délibéré de votre (dernier) mari/partenaire envers vous, il vous est arrivé d'avoir un des problèmes suivants ?:</p> <p>a) D'avoir des hématomes et meurtrissures?</p> <p>b) d'avoir une blessure, une fracture ou une entorse ?</p> <p>c) D'être allée chez le docteur ou dans un centre de santé à cause de quelque chose que votre (dernier) mari/partenaire vous avait fait?</p>	<p>9B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?</p> <p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE 95</p>	
1010	Vous est-il déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	→1012
1011	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/ alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?	<p>a) NOMBRE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI DIV. OU SEPARÉE 95</p>	
1012	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool?	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p>	→1014
1013	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	<p>TRÈS SOUVENT 1</p> <p>QUELQUEFOIS..... 2</p> <p>JAMAIS..... 3</p>	
1014	<p>VÉRIFIER 501, 502 ET 504:</p> <p>MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/ SÉPARÉE/ DIVORCÉE <input type="checkbox"/></p> <p>VEUVE/JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/ dernier) mari/partenaire vous a battue, giflée donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement?</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON..... 2</p> <p>PAS DE RÉPONSE 6</p>	→1019
1015	<p>Qui vous a agressée physiquement de cette façon?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE A</p> <p>PÈRE B</p> <p>NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE . C</p> <p>NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE D</p> <p>SŒUR E</p> <p>FRÈRE F</p> <p>FILLE G</p> <p>FILS H</p> <p>EX-MARI/EX-PARTENAIRE..... I</p> <p>AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL..... J</p> <p>EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL..... K</p> <p>BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI)..... L</p> <p>BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) M</p> <p>AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE... N</p> <p>AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE O</p> <p>AMIES/FEMMES DE RENCONTRE P</p> <p>AMIS/HOMMES DE RENCONTRE Q</p> <p>PROFESSEUR..... R</p> <p>EMPLOYEUR..... S</p> <p>ÉTRANGER..... T</p> <p>AUTRES _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1016	VÉRIFIER 1015: PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/> SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNÉE <input type="checkbox"/>		→1018
1017	Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battue, giflée, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement?	MÈRE 01 PÈRE 02 NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE 03 NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE 04 SOEUR 05 FRÈRE 06 FILLE 07 FILS 08 EX-MARI/EX-PARTENAIRE 09 AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL... 10 EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL 11 BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) 12 BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) 13 AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE.. 14 AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE 15 AMIES/FEMMES DE RENCONTRE 16 AMIS/HOMMES DE RENCONTRE 17 PROFESSEUR 18 EMPLOYEUR 19 ÉTRANGER 20 AUTRES _____ 96 (PRÉCISER)	
1018	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-ce que cette personne vous a battu, giflée, donné des coups de pied ou vous a fait autre chose pour vous agresser physiquement?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
1019	VÉRIFIER 201 ET 226: NAISSANCES VIVANTES, NAISSANCES NON-VIVANTES, ET ÉTAT DE GROSSESSE ACTUELLEMENT ENCEINTE OU A EU UNE NAISSANCE VIVANTE OU PLUS <input type="checkbox"/> JAMAIS EU DE NAISSANCE, ET PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→1022
1020	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant (une/cette) grossesse?	OUI 1 NON 2	→1022
1021	Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE B PÈRE C NOUVELLE FEMME DE VOTRE PÈRE . D NOUVEAU MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MÈRE E SOEUR F FRÈRE G FILLE H FILS I DERNIER/EX-MARI/PARTENAIRE J AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL... K EX-AMI/EX-PARTENAIRE SEXUEL L BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) M BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) N AUTRES PARENTES PAR ALLIANCE... O AUTRES PARENTS PAR ALLIANCE P AMIES/FEMMES DE RENCONTRE Q AMIS/HOMMES DE RENCONTRE R PROFESSEUR S EMPLOYEUR T ÉTRANGER U AUTRES _____ X (PRÉCISER)	
1022	VÉRIFIER 1006, 1009, 1014 ET 1020: AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		→1026
1023	Avez-vous essayé d'obtenir de l'aide?	OUI 1 NON 2	→1025

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1024	<p>Après de qui avez-vous recherché de l'aide?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	MÈREA PÈREB SŒURC FRÈRED ACTUEL/DERNIER MARI/PARTENAIRE E AMI/PARTENAIRE SEXUEL ACTUEL OU EX-AMI/PARTENAIREF BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI)G BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI)H AUTRES PARENTES PAR ALLIANCEI AUTRES PARENTS PAR ALLIANCEJ AMI(E)SK VOISINSL PROFESSEURM EMPLOYEURN CHEF RELIGIEUXO MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICALP POLICEQ AVOCAT/HOMME DE LOIR AUTRESX (PRÉCISER)	→1026
1025	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez jamais recherché de l'aide?</p>	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER 01 INUTILE/PAS BESOIN 02 FAIT PARTIE DE LA VIE 03 PEUR DU DIVORCE/SÉPARATION 04 PEUR D'ÊTRE PLUS BATTUE 05 PEUR DE CRÉER PROBLÈMES À LA PERSONNE QUI LA BAT 06 GÉNÉE 07 VEUT PAS DÉSHONORER LA FAMIL... 08 AUTRES 96 (PRÉCISER)	
1026	<p>Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?</p>	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

REMERCIEZ ENCORE L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT À LA PARTIE DE L'INTERVIEW CONCERNANT LES 'RELATIONS DANS LE MENAGE'

1027	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE L'UNE DES PERSONNES LISTÉES ESSAYAIT D'ÉCOUTER OU EST VENUE DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON NON APPLI- CABLE
	MARI.....	1	2	3 6
	AUTRES ADULTES HOMMES	1	2	3 6
	ADULTES FEMMES.....	1	2	3 6

1028 COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE.
SI LA SECTION 10 N'A PAS PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS.

1029	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE MINUTES.....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

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 DEVRAIT SE FIGURE DANS UNE CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES
N NAISSANCE
G GROSSESSE
F FIN

	12 DEC	01	
	11 NOV	02	
	10 OCT	03	
	09 SEP	04	
2	08 AUG	05	
0	07 JUL	06	
0	06 JUN	07	
0	05 MAY	08	
5	04 APR	09	
	03 MAR	10	
	02 FEB	11	
	01 JAN	12	

	12 DEC	13	
	11 NOV	14	
	10 OCT	15	
	09 SEP	16	
2	08 AUG	17	
0	07 JUL	18	
0	06 JUN	19	
4	05 MAY	20	
	04 APR	21	
	03 MAR	22	
	02 FEB	23	
	01 JAN	24	

	12 DEC	25	
	11 NOV	26	
	10 OCT	27	
	09 SEP	28	
2	08 AUG	29	
0	07 JUL	30	
0	06 JUN	31	
3	05 MAY	32	
	04 APR	33	
	03 MAR	34	
	02 FEB	35	
	01 JAN	36	

	12 DEC	37	
	11 NOV	38	
	10 OCT	39	
	09 SEP	40	
2	08 AUG	41	
0	07 JUL	42	
0	06 JUN	43	
2	05 MAY	44	
	04 APR	45	
	03 MAR	46	
	02 FEB	47	
	01 JAN	48	

	12 DEC	49	
	11 NOV	50	
	10 OCT	51	
	09 SEP	52	
2	08 AUG	53	
0	07 JUL	54	
0	06 JUN	55	
1	05 MAY	56	
	04 APR	57	
	03 MAR	58	
	02 FEB	59	
	01 JAN	60	

	12 DEC	61	
	11 NOV	62	
	10 OCT	63	
	09 SEP	64	
2	08 AUG	65	
0	07 JUL	66	
0	06 JUN	67	
0	05 MAY	68	
	04 APR	69	
	03 MAR	70	
	02 FEB	71	
	01 JAN	72	