

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES DU BURKINA FASO (EDS-MICS B, 2010)
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

MINISTÈRE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)

IDENTIFICATION															
NOM DE LA LOCALITÉ _____ NUMÉRO DE GRAPPE NUMÉRO DE CONCESSION NOM ET PRENOM CHEF DE MÉNAGE _____ RÉGION URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) OUAGADOUGOU, AUTRES VILLES, RURAL (OUAGADOUGOU=1, AUTRES VILLES=2, RURAL=3)	GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> CONCES. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> N° MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> RÉGION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> MILIEU <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table> MILIEU (DÉTAILLÉ) <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td></tr></table>														
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR : UNE ENQUÊTE HOMME ? / TEST DU VIH / TEST DE L'ANÉMIE ?.....(OUI=1, NON=2)	SELECTION DU MÉNAGE <input type="checkbox"/>														

VISITES D'ENQUÊTRICES												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	2	0	1	0				
2	0	1	0									
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____		NOM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
*CODES RÉSULTATS : 1 REMPLI 2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT AU MOMENT DE LA VISITE 3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE 4 DIFFÉRÉ 5 REFUSÉ 6 LOGEMENT VIDE OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE 7 LOGEMENT DÉTRUIT 8 LOGEMENT NON TROUVÉ 9 AUTRE _____ (PRÉCISER)				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/> TOTAL DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR QUESTION. MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								

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

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT APRÈS INFORMATION

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Burkina Faso. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

Avez-vous des questions à me poser ?
Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE

L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE DE RÉPONDR. 1
↓
L'ENQUÊTÉ REFUSE DE RÉPONDR. 2 → FIN

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS
01		<input type="checkbox"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	01	01	01
02		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	02	02	02
03		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	03	03	03
04		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	04	04	04
05		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	05	05	05
06		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	06	06	06
07		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	07	07	07
08		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	08	08	08
09		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	09	09	09
10		<input type="checkbox"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10	10	10

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète
Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants
ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas
membres de votre famille, tels que des domestiques,
locataires ou amis qui vivent
habituellement ici ?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires
qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi
ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?
OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTE AVEC LE CHEF DE MENAGE

- | | |
|-------------------------|--|
| 01 = CHEF DE MÉNAGE | 08 = FRÈRE OU SOEUR |
| 02 = FEMME OU MARI | 09 = AUTRE PARENT |
| 03 = FILS OU FILLE | 10 = ADOPTÉ/EN GARDE/
ENFANT DE LA FEMME/MARI |
| 04 = GENDRE/BELLE-FILLE | 11 = SANS PARENTÉ |
| 05 = PETIT-FILS/FILLE | 98 = NE SAIT PAS |
| 06 = PÈRE/MÈRE | |
| 07 = BEAUX-PARENTS | |

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à n'importe quel moment durant l'année scolaire (2009-2010) ? (2)	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
02	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
03	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
04	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
05	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
06	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
07	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
08	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
09	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
10	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	PRIMAIRE=1	SEC 1er CYCLE=2	SEC 2è CYCLE=3	SUPERIEUR=4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1=1 CP2=2 CE1=3 CE2=4 CM1=5 CM2=6	6ème=1 5ème=2 4ème=3 3ème=4 FPP=5	2nd=1 1ère=2 Terminale=3 FPB=4	1ère année=1 2ème année=2 3ème année=3 4ème année=4 5ème année ou +=5
NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=8				

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage. APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 2A-2C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 5-20 POUR CHAQUE PERSONNE.	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ? 1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES ENFANTS DE 0-5 ANS
11		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉE <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	20	20	20

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

2A) Juste pour être sûre que j'ai une liste complète

Y a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2B) Ya t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, tels que des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

2C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés?

OUI AJOUTER AU TABLEAU NON

CODES POUR Q. 3: LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE

01 = CHEF DE MÉNAGE
02 = FEMME OU MARI
03 = FILS OU FILLE
04 = GENDRE/BELLE-FILLE
05 = PETIT-FILS/FILLE
06 = PÈRE/MÈRE
07 = BEAUX-PARENTS
08 = FRÈRE OU SOEUR
09 = AUTRE PARENT
10 = ADOPTÉ/EN GARDE/ENFANT DE LA FEMME/MARI
11 = SANS PARENTÉ
98 = NE SAIT PAS

N° LIGNE	SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS		SI AGE DE 5-24 ANS		SI AGE 0-4 ANS
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE OU RÉCENTE		DÉCLARATION DE NAISSANCE
	12	13	14	15	16	17	18	19	20
	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	(NOM) a-t-il/elle déjà fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ? VOIR CODES CI-DESSOUS Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(Nom) a-t-il/elle fréquenté l'école à quel moment durant l'année scolaire (2009-2010) ? (2)	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ? VOIR CODES CI-DESSOUS	(NOM) a-t-il/elle un certificat de naissance ? SI NON, INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été déclarée à l'état civil ? 1 = A UN CERTIFICAT 2 = DÉCLARÉE 3 = NI L'UN, NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
11	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	0 N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU- CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	0 N 1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE SUIVANTE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ LIGNE	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>

CODES POUR Qs. 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION

NIVEAU	PRIMAIRE=1	SEC 1er CYCLE=2	SEC 2è CYCLE=3	SUPERIEUR=4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1=1 CP2=2 CE1=3 CE2=4 CM1=5 CM2=6	6ème=1 5ème=2 4ème=3 3ème=4 FPP=5	2nd=1 1ère=2 Terminale=3 FPB=4	1ère année=1 2ème année=2 3ème année=3 4ème année=4 5ème année ou +=5
NIVEAU OU CLASSE NE SAIT PAS (NSP)=8				

TRAVAIL DES ENFANTS DE 5-14 ANS

20A	VÉRIFIER COL.7	INDIQUEZ LE NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 14 ANS VIVANT DANS CE MENAGE :	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
20B	VÉRIFIER Q.20A SI AU MOINS UN ENFANT	SI AUCUN ENFANT	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

→ Q.101

LISTE DES ENFANTS DE 5-14 ANS		Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travail que les enfants vivant dans votre ménage ont fait la semaine dernière.									
N° LIGNE		SI AGE DE 5-14 ANS									
	VERIFIER LA COL (7) DU TABLEAU MENAGE	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-il/elle travaillé pour lequel un qui n'est pas membre de ce ménage ?	Au cours de la semaine dernière (NOM) est-il/elle allé chercher de l'eau ou du bois pour le ménage?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-il/elle passé à aller chercher de l'eau ou du bois pour le	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-il/elle fait un travail payé ou non payé sur les terres familiales ou dans une affaire familiale ou a-t-il/elle vendu des marchandises dans la rue?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-il/elle travaillé pour sa famille ou pour lui-même?	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-il/elle fait un travail payé ou non payé sur les terres familiales ou dans une affaire familiale ou a-t-il/elle vendu des marchandises dans la rue?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-il/elle passé à faire ce travail pour sa famille ou pour lui-même?	Au cours de la semaine dernière (NOM) a-t-il/elle fait des travaux ménagers tels que faire des courses, nettoyage, laver des vêtements, cuisiner, il/elle passé à faire ces travaux ménagers?	SI OUI: Depuis le (JOUR DE LA SEMAINE) dernier, combien d'heures environ a-t-il/elle passé à faire ces travaux ménagers?
	(20C)	(20D)	(20E)	(20F)	(20G)	(20H)	(20J)	(20K)	(20L)	(20M)	(20N)
	(20C)	OUI PAS P. 1: 2 2: ALLER A 20F	NBRE D'HEURES	OUI NON 1: ALLER A 20H 2: ALLER A 20H	NBRE D'HEURES	OUI NON 1: ALLER A 20J 2: ALLER A 20J	OUI NON 1: ALLER A 20J 2: ALLER A 20J	NBRE D'HEURES	OUI NON 1: ALLER A 20J 2: ALLER A 20J	OUI NON 1: ALLER A 20J 2: ALLER A 20J	NBRE D'HEURES
01	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
02	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
03	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
04	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
05	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
06	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
07	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
08	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 3 ALLER A 20F	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20H	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 ALLER A 20J	1 2 ALLER A 20J	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	1 2 LIGNE SUIVANTE	1 2 NON SUIVANTE	<input style="width: 40px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
111A	Quel est le principal mode d'évacuation des ordures ménagères pour votre ménage?	CAMION DE RAMASSAGE 01 CALÈCHE/CHARETTE 02 DÉPOT AUTORISÉ 03 DÉPOT SAUVAGE 04 ENFOUISSEMENT 05 INCINÉRATION 06 DANS LA COUR 07 DANS LA RUE 08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
111B	Quel est le principal mode d'évacuation des eaux usées pour votre ménage?	PAR LES ÉGOUTS 01 CANAL FERMÉ 02 CANAL OUVERT 03 GRILLE, BOUCHE AVALOIRE 04 DANS LA MARE/FLEUVE 05 TROU 06 DANS LA NATURE 07 DANS LA COUR 08 DANS LA RUE 09 AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
111	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il principalement pour cuisiner ?	ÉLECTRICITÉ 01 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) 02 GAZ NATUREL 03 BIOGAZ 04 KEROSÈNE/PÉTROLE 05 CHARBON, LIGNITE 06 CHARBON DE BOIS 07 BOIS 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES 09 RÉSIDUS AGRICOLES 10 BOUSE 11 PAS DE REPAS PRÉPARÉ DANS LE MÉNAGE 95 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 114
112	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ 2 À L'EXTÉRIEUR 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	→ 114
113	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI 1 NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
114	PRINCIPAL MATÉRIAU DU SOL ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL TERRE/SABLE 11 BOUSE 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE PLANCHES EN BOIS 21 PALMES/BAMBOU 22 MATÉRIAU ÉLABORÉ PARQUET OU BOIS CIRÉ 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE 32 CARRELAGE 33 CIMENT 34 MOQUETTE 35 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
115	PRINCIPAL MATÉRIAU DU TOIT ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES 12 MOTTES DE TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTES 21 PALMES/BAMBOU 22 PLANCHES EN BOIS 23 CARTON 24 MATÉRIAU ÉLABORÉ TÔLE 31 BOIS 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT 33 TUILES 34 CIMENT 35 SHINGLES 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DES MURS EXTÉRIEURS ENREGISTREZ L'OBSERVATION.	MATÉRIAU NATUREL PAS DE MUR 11 BAMBOU/CANE/PALME/TRONC 12 TERRE 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE 21 PIERRES AVEC BOUE 22 ADOBE NON RECOUVERT 23 CONTRE-PLAQUÉ 24 CARTON 25 BOIS DE RÉCUPÉRATION 26 MATÉRIAU ÉLABORÉ CIMENT 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES 33 BLOCS DE CIMENT 34 ADOBE RECOUVERT 35 PLANCHE EN BOIS/SHINGLES 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																											
117	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES <input type="text"/> <input type="text"/>																												
118	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède : Une montre ? Charrues? Une bicyclette ? Une motocyclette ou un scooter ? Une charrette tirée par un animal ? Une pirogue/ ou filets de pêche? Une voiture ou une camionette ? Un bateau à moteur ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MONTRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRUES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BICYCLETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOTOCYCLETTE/SCOOTER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CHARRETTE AVEC ANIMAL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PIROGUE/FILET DE PECHE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE/CAMIONETTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>BATEAU À MOTEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	MONTRE	1	2	CHARRUES	1	2	BICYCLETTE	1	2	MOTOCYCLETTE/SCOOTER	1	2	CHARRETTE AVEC ANIMAL	1	2	PIROGUE/FILET DE PECHE	1	2	VOITURE/CAMIONETTE	1	2	BATEAU À MOTEUR	1	2	
	OUI	NON																												
MONTRE	1	2																												
CHARRUES	1	2																												
BICYCLETTE	1	2																												
MOTOCYCLETTE/SCOOTER	1	2																												
CHARRETTE AVEC ANIMAL	1	2																												
PIROGUE/FILET DE PECHE	1	2																												
VOITURE/CAMIONETTE	1	2																												
BATEAU À MOTEUR	1	2																												
119	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI 1 NON 2	→ 121																											
120	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ? SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	NOMBRE D'HECTARES ... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> 95 HECTARES OU PLUS 950 NE SAIT PAS 998																												
121	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI 1 NON 2	→ 123																											
122	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède t-il ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. SI 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. SI NE SAIT PAS, INSCRIVEZ '98'. Bétail ? Vaches laitières ou taureaux ? Chevaux, ânes ou mules ? Chèvres ? Moutons ? Poulets ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>BETAIL</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>VACHES/TAUREAUX</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVAUX/ÂNES/MULES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CHEVRES</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>MOUTONS</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>POULETS</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	BETAIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>	VACHES/TAUREAUX	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHEVAUX/ÂNES/MULES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	CHEVRES	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOUTONS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	POULETS	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
BETAIL	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
VACHES/TAUREAUX	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
CHEVAUX/ÂNES/MULES	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
CHEVRES	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
MOUTONS	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
POULETS	<input type="text"/>	<input type="text"/>																												
123	Est-ce qu'un membre de votre ménage a un compte en banque ?	OUI 1 NON 2																												
124	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois, quelqu'un est venu dans votre logement pour pulvériser les murs intérieurs contre les moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 126																											
125	Qui a pulvérisé les murs du logement ?	EMPLOYÉ/PROGRAMME GOUVERNEMENT A SOCIÉTÉ PRIVÉE B ORGANISATION NON GOUVERNEMENTALE (ONG) C AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Y																												
126	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir ?	OUI 1 NON 2	→ 137																											
127	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI 7 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES <input type="text"/>																												

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
128	DEMANDEZ À L'ENQUÊTE DE VOUS MONTRER LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE SI PLUS DE 3 MOUSTIQUAIRES, UTILISEZ UN/DÉS QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2	OBSERVÉE 1 NON OBSERVÉE ... 2
129	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ? SI MOINS D'UN MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 36 MOIS 95 PAS SÛR 98
130	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET QUE VOUS NE POUVEZ PAS OBSERVER LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ UNE PHOTO D'UNE MOUSTIQUAIRE COURANTE À L'ENQUÊTE.	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 11 OLISSET 12 DURANET 13 NETPROTECT ... 14 INTERCEPTOR . 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE . 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE ... 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 11 OLISSET 12 DURANET 13 NETPROTECT ... 14 INTERCEPTOR . 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE . 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE ... 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98	MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE LONGUE DURÉE D' ACTION (MIILDA) PERMANET 11 OLISSET 12 DURANET 13 NETPROTECT ... 14 INTERCEPTOR . 15 AUTRE/ NSP MARQUE 16 (PASSER À 134) ← MOUSTIQUAIRE 'PRÉ-TRAITÉE' PERMETHRINE . 21 DELTA METHRINE. 22 CYFULTRINE ... 23 AUTRE/ NSP MARQUE 26 (PASSER À 132) ← AUTRE 96 NSP MARQUE 98
131	Quand vous avez obtenu cette moustiquaire, était-elle déjà traitée avec un insecticide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 PAS SÛR 8
132	Depuis que vous avez cette moustiquaire, a-t-elle été trempée ou plongée dans un liquide pour tuer ou éloigner les moustiques ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 134) ← PAS SÛR 8
133	Cela fait combien de mois que la moustiquaire a été trempée ou plongée pour la dernière fois ? SI MOINS D'1 MOIS, ENREGISTREZ '00'.	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98	IL Y A.... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ... PLUS DE 24 MOIS 95 PAS SÛR 98

		MOUSTIQUAIRE #1	MOUSTIQUAIRE #2	MOUSTIQUAIRE #3
134	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous la moustiquaire ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 136) ← PAS SÛR 8
135	Qui a dormi sous la moustiquaire la nuit dernière ? ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA PERSONNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
		NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ N° DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
136		RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	RETOURNEZ À 128 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.	ALLEZ À 128 À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 137.
137	Montrez-moi, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent le plus souvent les mains.	OBSERVÉ 1 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT/COUR/PARCELLE 2 NON OBSERVÉ, PAS DE PERMISSION POUR VÉRIFIER 3 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON 4 (PASSER À 140) ←		
138	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA DISPONIBILITÉ D'EAU À L'ENDROIT OÙ LES MEMBRES DU MÉNAGE SE LAVENT LES MAINS.	EAU DISPONIBLE 1 EAU NON DISPONIBLE 2		
139	OBSERVATION SEULEMENT : OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON. DÉTERGENT OU AUTRE PRODUIT POUR SE LAVER.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) A CENDRE, BOUE, SABLE B AUCUN C		
140	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE PETITE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE. TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE	PRÉSENCE D'IODE 1 PAS D'IODE 2 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE 3 SEL NON TESTÉ 6 (PRÉCISEZ LA RAISON)		

**CETTE SECTION EST APPLIQUÉE À TOUS LES MÉNAGES DE L'ÉCHANTILLON
CEPENDANT SEULE UNE FEMME SERA ENQUÊTÉE PAR MÉNAGE POUR CETTE SECTION :
LE TABLEAU CI-APRÈS VOUS PERMET DE SÉLECTIONNER AU HASARD CETTE FEMME DANS LE MÉNAGE**

1- IL N'Y A QU'UNE SEULE FEMME ELIGIBLE DANS LE MÉNAGE

A la première ligne du tableau suivant, inscrire le nom, l'âge le numéro de ligne de la femme (voir colonne (8) du Tableau de Ménage: cette femme sera enquêtée sur les "relations dans le ménage"

2- IL Y A PLUSIEURS FEMMES ELIGIBLES DANS LE MÉNAGE

- 1- Dans le tableau, inscrire le nom, l'âge et le numéro de ligne de toutes les femmes éligibles (voir Colonne (9) du Tableau de Ménage), en commençant par la plus âgée et en terminant par la plus jeune.
- 2- Prenez le dernier chiffre du numéro de la concession inscrit sur la page de couverture du questionnaire et encerclez le chiffre correspondant dans la ligne des intitulés du tableau suivant. Descendez la colonne identifiée par ce chiffre jusqu'à la ligne correspondant à la dernière femme enregistrée dans le tableau. Encerclez le chiffre correspondant au croisement de cette colonne et de cette ligne.
- 3- Ce chiffre vous donne le numéro d'ordre de la femme sélectionnée pour la section 13 du questionnaire femme (la 1ère, 2è, 3è, etc,...femme listée). Encerclez alors dans le tableau le NUMERO DE LIGNE de cette femme sélectionnée.

NUMERO D'ORDRE	NOM DE LA FEMME	AGE DE LA FEMME	NUMERO DE LIGNE DANS LE TABLEAU MÉNAGE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
				1ère				1	1	1	1	1	1
2è				2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
3è				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4è				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5è				4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
6è				4	5	6	1	2	3	4	5	6	1
7è				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
8è				3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
9è				2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
10è ou plus				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

MESURE DE LA TAILLE, DU POIDS ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

200	VERIFIER LA PAGE DE COUVERTURE	SI SELECTION MENAGE = 1 <input type="checkbox"/>		SI SELECTION MENAGE = 2 <input type="checkbox"/>		FIN QUESTIONNAIRE MENAGE	
201	VÉRIFIEZ LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0- 5 ANS À Q.202. S'IL Y A PLUS DE 6 ENFANTS, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES.						
		ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3	
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206	TAILLE EN IN CENTIMETRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT ?	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR C ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2
209	N ^o DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront au gouvernement de développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S)) à participer au test d'anémie?</p>					
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APPOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2	ACCORDÉE 1 (SIGNATURE) ← REFUSÉE 2
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANEMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIERE COLONNE DE LA PAGE SUIVANTE. S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.						

MESURE DE LA TAILLE, DU POIDS ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-5 ANS

		ENFANT 4	ENFANT 5	ENFANT 6
202	NUMÉRO DE LIGNE DE LA COL.11 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
203	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE, COPIER LE MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE À PARTIR DU TABLEAU DES NAISSANCES ET DEMANDER LE JOUR ; SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDER: Quelle est la date de naissance de (NOM)?	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
204	VÉRIFIEZ 203: ENFANT NÉ EN JANVIER 2005 OU PLUS TARD?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, ← SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214)
205	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
206	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996
207	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3	ALLONGÉ 1 DEBOUT 2 PAS MESURÉ 3
208	VÉRIFIEZ 203: EST-CE QUE L'ENFANT A 0-5 MOIS, C'EST-À-DIRE QU'IL EST NÉ AU COURS DU MOIS DE L'ENQUÊTE OU DANS LES 5 MOIS PRÉCÉDENTS?	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 POUR ENFANT SUIVANT OU SI PLUS D'ENFANT, ← ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2	0-5 MOIS 1 (ALLEZ À 203 À LA PRE- MIÈRE COL DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, ← SI PLUS D'ENFANT, ALLEZ À 214) PLUS ÂGÉ 2
209	N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT (DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU MÉNAGE) INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ.	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>
210	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/ AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 209 COMME RESPONSABLE DE L'ENFANT.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladies chroniques. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Nous demandons que tous les enfants nés en 2005 ou plus tard participent au test d'anémie inclus dans cette enquête en donnant quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'oui' pour le test ou vous pouvez dire 'non'. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM(S) DE/DES ENFANT(S)) à participer au test d'anémie?</p>		
211	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE 2 (SIGNATURE) ←	ACCORDÉE 1 REFUSÉE 2 (SIGNATURE) ←	ACCORDÉE 1 REFUSÉE 2 (SIGNATURE) ←
212	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMO- GLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
213	RETOURNEZ À Q.203 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU À LA PREMIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 214.			

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES FEMMES DE 15-49 ANS

214	VÉRIFIER LA COLONNE 9 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À LA QUESTION 215. (S'IL Y A PLUS DE 3 FEMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).					
	FEMME 1		FEMME 2		FEMME 3	
215	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____		
216	POIDS EN KILOGRAMMES	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	KG. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996		
217	TAILLE EN CENTIMÈTRES	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996	CM. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 9994 REFUS 9995 AUTRE 9996		
218	ÂGE: VÉRIFIEZ LA COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 223) ←		
219	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA COLONNE 8.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 223) ←		
220	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE DE L'ADOLESCENTE. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>	N° DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/> <input type="text"/>		
221	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jété après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENTE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENTE). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test d'anémie ?</p>				
222	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 228)		

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	N ^o DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
223	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE POUR LE TEST D'ANÉMIE	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie?</p>		
224	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 226)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 226)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 226)
225	GROSSESSE : VÉRIFIEZ À 226 DANS QUESTIONNAIRE FEMME OU DEMANDEZ: Êtes-vous enceinte?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
226	ÂGE: VÉRIFIEZ À 218.	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←	15-17 ANS 1 18-49 ANS 2 (ALLEZ À 230) ←
227	ÉTAT MATRIMONIAL: VÉRIFIEZ À 219.	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 230) ←
228	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT /AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 220 COMME RESPONSABLE POUR LES FEMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang du doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats (de NOM DE L'ADOLESCENTE). Si (NOM DE L'ADOLESCENTE) voulait savoir si elle avait ou non le VIH/sida, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENTE) à participer au test du VIH?</p>		
229	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE. ALLEZ À 239)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 239)	ACCORDÉE 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUSÉE, ALLEZ À 239)

		FEMME 1	FEMME 2	FEMME 3
	N ^o DE LIGNE DE LA COLONNE 9 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
230	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉE POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang du doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrons donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez, ou non, le VIH/sida, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH?</p>		
231	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUSÉE, ALLEZ À 239)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUSÉE, ALLEZ À 239)	ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 ENQUÊTÉE REFUSE 2 _____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUSÉE, ALLEZ À 239)
232	QUESTIONS 232 À 238 SONT RÉSERVÉES AUX PROCÉDURES POUR LES TESTS SUPPLÉMENTAIRES S'IL Y'EN A CHEZ LES FEMMES. SI PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES, CONTINUER À 239.			
239	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
240	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE 994 REFUS 995 AUTRE 996
241	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^ERE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^{IE} ME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^ERE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^{IE} ME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;"> COLLEZ LA 1^ERE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI </div> ABSENTE 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉE ET LA 3 ^{IE} ME SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
242	RETOURNEZ À 216 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, ALLEZ À 243.			

MESURE DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ET TEST DU VIH POUR LES HOMMES DE 15-59 ANS

243	VÉRIFIER LA COLONNE 10 DU TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES HOMMES ÉLIGIBLES À Q.244. S'IL Y A PLUS DE TROIS HOMMES, UTILISEZ UN/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).			
		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
244	N ^o DE LIGNE DE LA COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> NOM _____	N ^o LIGNE <input type="text"/> NOM _____
245	QUESTIONS 245 À 246 SONT RÉSERVÉES À LA MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE CHEZ LES HOMMES DANS LES PAYS OÙ LE POIDS ET LA TAILLE DES HOMMES CONSTITUENT DE GROS PROBLÈMES DE SANTÉ PUBLIQUE. SI PAS DE MESURE, CONTINUER À 247.			
247	ÂGE: VÉRIFIEZ LA COLONNE 7.	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 252) ←
248	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA COLONNE 8	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 252) ←
249	INSCRIVEZ LE N ^o DE LIGNE DU PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE POUR L'ADOLESCENT. INSCRIVEZ '00' SI NON LISTÉ	N ^o DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N ^o DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>	N ^o DE LIGNE DU PARENT OU AUTRE ADULTE RESPONSABLE <input type="text"/>
250	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE AU PARENT/AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À Q.249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test.</p> <p>Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués, à vous et à (NOM DE L'ADOLESCENT) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test d'anémie ?</p>		
251	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 _____ (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 256)
252	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉ POUR LE TEST D'ANÉMIE.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte d'une alimentation pauvre, d'infections ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise aussi un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et les résultats vous seront communiqués tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ?</p> <p>Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test d'anémie ?</p>		

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	N° DE LIGNE DE LA COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
253	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE)
254	ÂGE: VÉRIFIEZ À 247	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←	15-17 ANS 1 18-59 ANS 2 (ALLEZ À 258) ←
255	ÉTAT MATRIMONIAL VÉRIFIEZ LA À 248	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←	CODE 4 (JAMAIS EN UNION) ... 1 AUTRE 2 (ALLEZ À 258) ←
256	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE DE DBS AU PARENT /AUTRE ADULTE IDENTIFIÉ À 249 COMME RESPONSABLE POUR LES HOMMES DE 15-17 ANS QUI N'ONT JAMAIS ÉTÉ EN UNION.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang du doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats (de NOM DE L'ADOLESCENT). Si (NOM DE L'ADOLESCENT) voulait savoir s'il avait ou non le VIH/sida, je peux lui fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je lui donnerai également un coupon pour bénéficier de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test de (NOM DE L'ADOLESCENT). C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ADOLESCENT) à participer au test du VIH?</p>		
257	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ ET APOSEZ VOTRE SIGNATURE	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ACCORDÉE! 1 REFUSÉE PAR PARENT/AUTRE ADULTE RESPONSABLE 2 (SIGNATURE) (SI REFUS, ALLEZ À 267)
258	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT À L'ENQUÊTÉ POUR LA COLLECTE DE DBS.	<p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test du VIH. Le VIH est le virus qui cause le sida. Le sida est une maladie très grave. Le test du VIH est effectué dans cette enquête pour connaître l'importance du problème du sida au (PAYS).</p> <p>Pour le test du VIH, nous avons besoin de gouttes de sang du doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et absolument sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Aucun nom ne sera lié au prélèvement de sang et nous ne pourrions donc pas vous donner les résultats du test. Personne d'autre ne pourra, non plus, connaître les résultats. Si vous voulez savoir si vous avez, ou non, le VIH/sida, je peux vous fournir la liste des centres [les plus proches] qui offrent des services de test et de conseils pour le VIH. Je vous donnerai également un coupon pour bénéficier, vous (et votre partenaire si vous le souhaitez), de services gratuits dans ces centres.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire 'Oui' ou vous pouvez dire 'Non' pour le test. C'est votre décision. Êtes-vous d'accord pour participer au test du VIH?</p>		
259	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ, APOSEZ VOTRE SIGNATURE ET INSCRIVEZ VOTRE CODE D'ENQUÊTEUR.	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 267)	ENQUÊTÉ ACCEPTE 1 ENQUÊTÉ REFUSE 2 (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (SI REFUS, ALLEZ À 267)

		HOMME 1	HOMME 2	HOMME 3
	N ^o DE LIGNE DE LA COLONNE 10 NOM DE LA COLONNE 2	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM	N ^o LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM
260	QUESTIONS 260 À 266 SONT RÉSERVÉES AUX PROCÉDURES POUR LES TESTS SUPPLÉMENTAIRES S'IL Y'EN A CHEZ LES HOMMES. SI PAS DE TESTS SUPPLÉMENTAIRES, CONTINUER À 267.			
267	PRÉPAREZ L'ÉQUIPEMENT ET LES FOURNITURES SEULEMENT POUR LE/LES TEST(S) POUR LEQUELS/LESQUELS LE CONSENTEMENT A ÉTÉ OBTENU ET CONTINUEZ AVEC LE/LES TESTS.			
268	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE ANÉMIE.	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996	G/DL <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT 994 REFUS 995 AUTRE 996
269	ÉTIQUETTE CODE BARRE	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^ÈRE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3 ^{ÈME} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^ÈRE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3 ^{ÈME} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; text-align: center;">COLLEZ LA 1^ÈRE ÉTIQUETTE CODE BARRE ICI</div> ABSENT 99994 REFUS 99995 AUTRE 99996 COLLEZ LA 2 ND ÉTIQUETTE CODE BARRE SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTÉ ET LA 3 ^{ÈME} SUR LA FICHE DE TRANSMISSION.
270	RETOURNEZ À 245 À LA COLONNE SUIVANTE DE CE QUESTIONNAIRE OU AUX PREMIÈRES COLONNES DU/DES QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRES; S'IL N'Y A PLUS D'HOMMES, TERMINEZ L'INTERVIEW.			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE/ENQUÊTEUR

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: _____ DATE: _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Burkina Faso. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions ? Puis-je commencer l'interview maintenant ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉE 2 → FIN



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1 (1er cycle), secondaire 2 (2nd cycle) ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (1ER CYCLE) 2 SECONDAIRE (2ND CYCLE) 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. (1) SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ: Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE..... 5	
109	VÉRIFIEZ 108: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> CODE '1' OU '5' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓		→ 111
110	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
111	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
112	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ... 2 PAS DU TOUT 3	
113	Quelle est votre religion?	MUSULMANE 1 CATHOLIQUE 2 PROTESTANTE 3 TRADITIONNELLE/ ANIMISTE 4 SANS RELIGION/ AUCUNE 5 AUTRE 6 (A PRÉCISER)	
114	Quelle est votre ethnie (pour les burkinabé)/ votre nationalité pour les étrangers?	CODE ETHNIE (POUR LES BURKINABE) BOBO 01 DIOULA 02 FULFULDE/ PEULH 03 GOURMANTCHE 04 GOUROUNSI 05 LOBI 06 MOSSI 07 SENOUFO 08 TOUAREG/ BELLA 09 DAGARA 10 BISSA 11 CODE NATIONALITÉ (POUR LES ÉTRANGERS) PAYS CEDEAO 12 AUTRES PAYS AFRICAINS 13 AUTRES NATIONALITÉS 14 AUTRE ETHNIE 96 (A PRÉCISER) NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

Q 106: NIVEAU/CLASSE D'EDUCATION

NIVEAU	PRIMAIRE=1	SEC 1er CYCLE=2	SEC 2è CYCLE=3	SUPERIEUR=4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1=1	6ème=1	2nd=1	1ère année=1
	CP2=2	5ème=2	1ère=2	2ème année=2
	CE1=3	4ème=3	Terminale=3	3ème année=3
	CE2=4	3ème=4	FPB=4	4ème année=4
	CM1=5	FPP=5	NSP=8	5ème année ou +=5
	CM2=6	NSP=8		NSP=8
	NSP=8			

- (1) Chaque carte doit comporter quatre phrases simples appropriées au pays (par ex. "Les parents aiment leurs enfants" ; "Travailler la terre est un dur travail" ; "L'enfant lit un livre" ; "Les enfants travaillent dur à l'école"). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles l'enquête est susceptible de savoir lire.

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà 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 ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES À LA MAISON <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES AILLEURS <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2	→ 208
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/> <input type="text"/> FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTEZ ET CORRIGEZ 201 À 208 COMME IL SE DOIT		
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> →		→ 226

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1^{re}.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE).

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	
Quel nom a été donné à votre enfant suivant ? (NOM)	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	En quel mois et quelle année est né (NOM) ? INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé ? SI '1 AN', INSISTEZ : Combien de mois avait (NOM) ? INSCRIVEZ EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?	
08	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON . 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . . 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS . . 1 <input type="text"/> MOIS . . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
09	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . . 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . . 1 NON . . . 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS . . 1 <input type="text"/> MOIS . . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
10	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . . 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . . 1 NON . . . 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS . . 1 <input type="text"/> MOIS . . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
11	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . . 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . . 1 NON . . . 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS . . 1 <input type="text"/> MOIS . . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
12	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT. 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . . 1 NON . . 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI . . . 1 NON . . . 2	N° LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221)	JOURS . . 1 <input type="text"/> MOIS . . . 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI 1 AJOUTEZ ↓ NAISS. NON 2 NAISS. ↓ SUIVANTE	
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCE DANS LE TABLEAU.					OUI 1 NON 2				
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)									
224	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2005 OU PLUS TARD.					NOMBRE DE NAISSANCES <input type="text"/> AUCUNE 0				→ 226

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
225	<p>C POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2005, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À 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).</p>		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS . <p>C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas/plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 NE PAS/NE PLUS AVOIR D'ENFANT .. 2	
230	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
231	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
232	VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="text"/> JAN. 2005 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> JAN. 2005		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? <p>C INSCRIVEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2005, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI 1 NON 2	→ 236
235	DEMANDEZ LA DATE ET LA DURÉE DE LA GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2005. (1) <p>C INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2005 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 238
237	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2005 ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelles MÉTHODES avez-vous déjà entendu parler ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants .	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. (3)	OUI 1 NON 2	
12A	Diaphragme/Cape cervicale. Les femmes peuvent placer une rondelle de latex ou un petit "bonnet" sur le col de l'utérus avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
12B	Mousse/Gélee/Spermicides. Les femmes peuvent mettre dans leur vagin une crème avant tout rapport sexuel afin de tuer les spermatozoïdes de l'homme. Cette crème peut être aussi mise sur le diaphragme.	OUI 1 NON 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 311
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 311

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
304	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTION DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>DIAPHRAGME I</p> <p>MOUSSE/GELÉE J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>COLLIER N</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y</p>	<p>→ 307</p> <p>→ 308A</p> <p>→ 306</p> <p>→ 308A</p>
305	<p>Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PILPLAN 01</p> <p>OVRETTE 02</p> <p>PLANIF 03</p> <p>LO FEMENAL 04</p> <p>MINIDRIL 05</p> <p>STEDIRIL 06</p> <p>ADEPAL 07</p> <p>MICROGYNON 08</p> <p>CONFIANCE 09</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 308A</p>
306	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE 01</p> <p>IPPF 02</p> <p>KAMASSOUTRA 03</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 308A</p>
307	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT . 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAM. . 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A						
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?								
308A	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>							
309	<p>VÉRIFIEZ 308/308A, 215 ET 231:</p> <p>AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308/308A</p> <p>RETOURNEZ À 308/308A, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>							
310	<p>VÉRIFIEZ 308/308A :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>L'ANNÉE EST 2005 OU PLUS TARD</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>L'ANNÉE EST 2004 OU AVANT</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2005.</p> </div> </div> <p style="text-align: right;">PUIS PASSER À 322</p>								
311	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VOUS ASSUREZ DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT À JANVIER 2005. UTILISEZ LE NOM DES ENFANTS, LES DATES D'ANNIVERSAIRE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p>C À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ? * Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ? * Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ? <p>À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES DE DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NUMÉROS DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE CEUX UTILISÉS POUR L'INTERRUPTION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI L'INTERRUPTION A ÉTÉ SUIVIE D'UNE GROSSESSE, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR ALORS QU'ELLE UTILISAIT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE)? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ? * SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ: Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1. 								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
316	VÉRIFIEZ 304 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE : S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12	→ 323 → 320 → 326 → 326
317	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 319
317A	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?		
318	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 320
319	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	OUI 1 NON 2	
320	VÉRIFIEZ 317: <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>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p>	OUI 1 NON 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI 1 NON 2	
322	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: S'IL Y A PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 COLLIER 14 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. 96	→ 326 → 326 → 326

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. . 12</p> <p>CLINIQUE PF 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/VILLAGE 31</p> <p>BOUTIQUE 32</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 33</p> <p>AMI/PARENTS 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 326</p>
324	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 326</p>
325	<p>Où est cet endroit ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVT. . B</p> <p>CLINIQUE PF C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/VILLAGE K</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE M</p> <p>AMIS/PARENTS N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
326	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé qui vous a parlé de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	
327	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même (ou pour vos enfants) ?	OUI 1 NON 2	→ 401
328	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224 : UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2005 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 556			
402	VÉRIFIEZ 215 : INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE EN 2005 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>	AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS. <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉ DÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là?	OUI 1 (PASSEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 430) ← NON 2
406	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←	PLUS TARD 1 PLUS D'ENFANT 2 (PASSEZ À 430) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS ... 1 <input type="text"/> ANNÉES .. 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
408	Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 415) ←		
409	Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/IER . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... D MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
410	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LES TYPES D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>MAISON VOTRE MAISON . A AUTRE MAISON . B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. C MATERNITÉ D CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G AUTRE MÉD. PRIVÉ H (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98		
413	<p>Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :</p> <p>Vous a-t-on pris la tension ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>TENSION 1 2</p> <p>URINE 1 2</p> <p>SANG 1 2</p>		
414	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a-t-on parlé de choses qui peuvent être le signe de problèmes de la grossesse ?	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 (PASSEZ À 418) ← NE SAIT PAS 8		
416	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
417	VÉRIFIEZ 416 :	2 FOIS OU AUTRE PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 421) ↓ ↓		
418	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 421) ← NE SAIT PAS ... 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
419	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8		
420	Avant cette grossesse, il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos ?	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ COMP./SIROP.	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8		
422	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 430) ← NE SAIT PAS 8		
425	Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE ... B AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z		
426	VÉRIFIEZ 425 : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME.	CODE 'A' CODE ENCERCLÉ A' NON <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ (PASSEZ À 430) ←		
427	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la (SP/Fansidar) ?	FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		
428	VÉRIFIEZ 409 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE.	CODE 'A', AUTRE 'B' OU 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 430) ←		
429	Vous a-t-on donné la (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE VISITE MÉDICALE 2 AUTRE ENDROIT 6		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
430	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE ... 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8
431	(NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 433) ← NE SAIT PAS 8
432	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998
433	Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/IER . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... D MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... G GUÉRISSEUR TRADITION ... H AMI/PARENTS ... I AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/IER . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... D MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... G GUÉRISSEUR TRADITION ... H AMI/PARENTS ... I AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/IER . B SAGE-FEMME . C ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... D MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... E AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... F AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... G GUÉRISSEUR TRADITION ... H AMI/PARENTS ... I AUTRE X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
434	Où avez-vous accouché de (NOM) ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 MATERNITÉ 22 CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 MATERNITÉ 22 CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←	MAISON VOTRE MAISON 11 (PASSEZ À 438) ← AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 MATERNITÉ 22 CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI 23 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MED. PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 438) ←
435	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
436	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2		
437	Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?	OUI 1 (PASSEZ À 439) ← NON 2 (PASSEZ À 446) ←		
438	Après l'accouchement de (NOM), est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 442) ←		
439	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/IER . 12 SAGE-FEMME . 13 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... 14 MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... 15 AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
440	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998														
441	VÉRIFIEZ 437 :	OUI <input type="checkbox"/> PAS POSÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSEZ À 446)														
442	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné son état de santé ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 446) ← NE SAIT PAS 8														
443	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), le premier examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.	HRS APRES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NAIS. .. 1 JRS APRÈS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NAIS. .. 2 SEM.APRÈS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NAIS. .. 3 NE SAIT PAS ... 998														
444	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? (2) INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/IER . 12 SAGE-FEMME . 13 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ... 14 MATRONE/ ACCOU. FORMÉE ... 15 AUTRE PERSONEL ACCOUCHEUSE TRADITION ... 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)														

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
445	Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ? (2) INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	MAISON VOTRE MAISON . 11 AUTRE MAISON . 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. 21 MATERNITÉ 22 CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI 23 AUTRE PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) 26 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) 36 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
446	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
447	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 449) ← NON 2 (PASSEZ À 450) ←		
448	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 452) ←
449	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
450	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- <input type="checkbox"/> OU <input type="checkbox"/> CEINTE PAS SÛRE (PASSEZ À 452) ←		
451	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 453) ←		
452	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	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
453	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 455) ← NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
454	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 460) (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501)										
455	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES. SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>										
456	Dans les trois premiers jours après la naissance est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 458) ←										
457	Qu'a t-on donné a boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS.	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) A EAU B EAU SUCRÉE OU EAU GLUCOSÉE C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES D SOLUTION D'EAU SALÉE SUCRÉ E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POWDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ I MIEL J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)										
458	VÉRIFIEZ 404 : L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)								
459	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2										
460	(NOM) a-t-il 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								
461		(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)	(RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DER. COLONNE DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)								

SECTION 5. VACCINATIONS DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION

501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2005 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).													
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE N° HISTORIQUE <input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>										
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	NOM _____ EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input style="width:20px; height:20px;" type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DER.COL. DU NOUVEAU QUEST. OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISS., ALLEZ À 553)										
504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? SI OUI : Puis-je le voir ?	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3	OUI, VU 1 (PASSEZ À 506) ← OUI, PAS VU 2 (PASSEZ À 509) ← PAS DE CARNET 3										
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2	OUI 1 (PASSEZ À 509) ← NON 2										
506	(1) COPIEZ LES DATES DU CARNET. (2) INSCRIVEZ '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE.													
		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE										
	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE	JOUR MOIS ANNÉE										
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLIO 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLIO 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
POLIO 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DTCoq- HépB+Hib 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DTCoq- HépB+Hib 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DTCoq- HépB+Hib 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMOVAX 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IMOVAX 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	I2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ROUGEOLE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FIÈVRE JAUNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FJ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 511)	AUTRE <input type="checkbox"/>							

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
508	(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 (INSISTEZ ←) POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506). (PASSEZ À 511) ← NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
509	(NOM) a-t-il/elle déjà eu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 511) ← NE SAIT PAS 8
510	Dites-moi si (NOM) a eu l'un des vaccins suivants :			
510A	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510E) ← NE SAIT PAS 8
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné dans les 2 premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2	DEUX 1 ^{RES} SEMAINES 1 PLUS TARD 2
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
510E	Le vaccin du DTCoq-HépB+Hib, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse, parfois donné en même temps que les gouttes pour la polio ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 510G) ← NE SAIT PAS 8
510F	Combien de fois le vaccin du DTCoq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS .. <input type="text"/>
510G	Le vaccin contre la rougeole ou le ROR, c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
511	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme (celle-ci/l'une de celles-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/ GÉLULES/SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
512	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules avec du fer ou du sirop contenant du fer comme (celui-ci/l'un de ceux-ci) ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
513	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? (8)	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
515	Y avait-il du sang dans les selles ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
516	Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée (y compris le lait maternel). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
517	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 522) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
519	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ÉTABLISSEMENT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE SECTE PRIVÉ F PRIV PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL <input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/> PLUS ENCR- ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
521	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
522	<p>Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>SACHET SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE SRO 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON 1 2 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
523	A-t-on donné quelque chose (d'autre) pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 525) ← NE SAIT PAS 8
524	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Rien d'autre ? ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	COMPRIMÉ OU SIROP ANTIBIOTIQUE A ANTIMOTILITÉ B ZINC C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E INJECTION ANTIBIOTIQUE F NON ANTIBIOT G INJECTION INCONNUE ... H (IV) INTRAVEINEUSE I REMÈDE MAISON/ HERBES MEDI-CINALES J AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
525	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 527) ← NE SAIT PAS 8
526	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
527	Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 530) ← NE SAIT PAS 8
528	Quand (NOM) a été malade avec de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude, avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 531) ← NE SAIT PAS 8
529	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←	BRONCHES SEULES 1 NEZ SEUL 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (PASSEZ À 531) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
530	VÉRIFIEZ 525 : A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553) ↓
531	Je voudrais savoir maintenant quelle quantité de boisson a été donné à (NOM) (y compris le lait maternel) pendant sa maladie avec (de la fièvre et de la toux). Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t- on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS 8
532	Quand (NOM) a eu de la (fièvre/toux), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui a-t-on rien donné à manger ? SI MOINS, INSISTEZ : Lui en a-t- on donné beaucoup moins que d'habitude, ou un peu moins ?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS ... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ 3 PLUS 4 A STOPPÉ NOURRITURE ... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6 NE SAIT PAS 8
533	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 537) ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
534	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINEZ SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A MATERNITÉ B CENTRE DE SAN- TÉ/ PMI C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE ... G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J PRÉCISEZ</p> <p>AUTRE ENDROIT</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ COMMUNAUT./ VILLAGE ... K BOUTIQUE L PRATICIEN/GUÉRIS. TRADITIONNEL M MARCHÉ N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- CERCLÉ</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- CERCLÉ</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS EN- CERCLÉ</p> <p>ENCER- CERCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>↓ (PASSEZ À 537) ←</p>
536	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES DE 534.</p>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>	1er ENDROIT ... <input type="checkbox"/>
537	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU,SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE ;</p> <p>OU,SI PLUS DE ←</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ;</p> <p>←</p> <p>OU, SI PLUS DE</p> <p>NAISSANCE,</p> <p>ALLEZ À 553).</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
538	<p>Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?</p> <p>Aucun autre médicament ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE I</p> <p>ACETA-MINOPHEN .. J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE I</p> <p>ACETA-MINOPHEN .. J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	<p>ANTIPALUDÉENS</p> <p>SP/FANSIDAR ... A</p> <p>CHLOROQUINE B</p> <p>AMODIAQUINE C</p> <p>QUININE D</p> <p>COMBINAISON AVEC</p> <p>ARTÉMISININE E</p> <p>AUTRE ANTI-PALUDÉEN</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/ SIROP G</p> <p>INJECTION ... H</p> <p>AUTRE MÉDICAMENT</p> <p>ASPIRINE I</p> <p>ACETA-MINOPHEN .. J</p> <p>IBUPROFEN ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p>	<p>OUI NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLEZ À 553)</p>
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542)</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542)</p>	<p>CODE 'A' CODE 'A'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSEZ À 542)</p>
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la (SP/Fansidar) ?	<p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>	<p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>	<p>JOUR MÊME 0</p> <p>JOUR SUIVANT ... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2</p> <p>3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3</p> <p>NE SAIT PAS ... 8</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
549	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une (COMBINAISON AVEC DE L'ARTÉMISININE) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
550	VÉRIFIEZ 538 : AUTRE ANTIPALUDÉEN ('F') DONNÉ	<p>CODE 'F' CODE 'F'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> ENCERCLÉ</p> <p> ↓</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553</p> <p>↓</p>	<p>CODE 'F' CODE 'F'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> ENCERCLÉ</p> <p> ↓</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553</p> <p>↓</p>	<p>CODE 'F' CODE 'F'</p> <p>ENCERCLÉ NON</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> ENCERCLÉ</p> <p> ↓</p> <p>(RETOURNEZ À 503 À L'AVANT-DER. COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553).</p> <p>↓</p>
551	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre (AUTRE ANTIPALUDÉEN) ?	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8	JOUR MÊME 0 JOUR SUIVANT ... 1 2 JOURS APRÈS LA FIÈVRE 2 3 JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE 3 NE SAIT PAS ... 8
552		RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.	ALLEZ À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553.

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
553	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2005 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 554</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		556
554	<p>La dernière fois que (NOM DE 553) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ... 02</p> <p>A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03</p> <p>JETÉ AUX ORDURES 04</p> <p>ENTERRÉ 05</p> <p>LAISSÉ À L'AIR 06</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
555	<p>VÉRIFIEZ 522(a) ET 522(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ <input type="checkbox"/></p>		557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [NOM LOCAL DES SACHETS SRO OU DU SRO PRÉCONDITIONNÉ] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
557	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES :</p> <p>NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2008 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE ET CONTINUEZ AVEC 558</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>		601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
558	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 557) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.		
	Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :		OUI NON NSP
	a) De l'eau ?	a)	1 2 8
	b) Des jus ou des boissons à base de jus ?	b)	1 2 8
	c) De la soupe ?	c)	1 2 8
	d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ?	d)	1 2 8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>
	e) Du lait en poudre pour bébé ?	e)	1 2 8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDDRE <input type="text"/>
	f) D'autres liquides ?	f)	1 2 8
	g) Du yaourt ?	g)	1 2 8
	SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.		NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>
	h) Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?	h)	1 2 8
	i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i)	1 2 8
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j)	1 2 8
	k) Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k)	1 2 8
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l)	1 2 8
	m) Des mangues, papayes mûres ou [INSÉREZ D'AUTRES FRUITS LOCAUX RICHES EN VITAMINE A ET QUI SONT DISPONIBLES ?	m)	1 2 8
	n) D'autres fruits ou légumes ?	n)	1 2 8
	o) Du foie, rognons, cœur ou autres abats ?	o)	1 2 8
	p) De la viande de bœuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p)	1 2 8
	q) Des œufs ?	q)	1 2 8
	r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	r)	1 2 8
	s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ?	s)	1 2 8
	t) Du fromage ou d'autres aliments à base de lait ?	t)	1 2 8
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u)	1 2 8

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
559	VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") : PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> "OUI" AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> OU TOUT NSP	<input type="checkbox"/> → 561	561
560	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ: Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM DE 557) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.) ← NON 2 →	601
561	Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NSP 8	

SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	<input type="checkbox"/> → 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	<input type="checkbox"/> → 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTREZ '00'.	NOM _____ N° LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	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 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	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	
610	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓ Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.</p> <p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>1^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE 95</p>	→ 628
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
615	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ?</p> <p>S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 627

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
617	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 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
619	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 mariés ? SI OUI, ENCERCLER '2' SI NON, ENCERCLER '3'	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←	MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉE 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="checkbox"/> FOIS FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="checkbox"/> FOIS FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) ← À 622)	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="checkbox"/> FOIS FOIS <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ) ← À 622)
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 623)	1 ^{re} FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{er} MARI AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSEZ À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
623	Aucours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 616 ← À COL.SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 627) ←	
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A												
627	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENIARES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>													
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10	1	2	HOMMES ADULTES	1	2	FEMMES ADULTES.....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10	1	2													
HOMMES ADULTES	1	2													
FEMMES ADULTES.....	1	2													
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 632												
630	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./ VILLAGE K</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE M</p> <p>AMI/PARENTS N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>													
631	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>													
632	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 701												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
633	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ E</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F</p> <p>PHARMACIE G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ H</p> <p>CLINIQUE MOBILE I</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./ VILLAGE K</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE M</p> <p>AMI/PARENTS N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
701	VÉRIFIEZ 304 : NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 712
702	VÉRIFIEZ 226 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		→ 704
703	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 705 → 711
704	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8	→ 707 → 712 → 710
705	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS 1 ANNÉE 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE 994 APRÈS LE MARIAGE 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	→ 710 → 712 → 710
706	VÉRIFIEZ 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 711
707	VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 712
708	VÉRIFIEZ 705 : PAS POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 AN <input type="checkbox"/>		→ 711

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
709	<p>VÉRIFIEZ 703 ET 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE . N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN . P</p> <p>TROP CHÈRE Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ... T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 712
711	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
712	<p>VÉRIFIEZ 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 714</p> <p>→ 714</p>

SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
801	VÉRIFIEZ 601 ET 602: ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	<input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire 1 (1er cycle), secondaire 2 (2nd cycle) ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (1ER CYCLE) 2 SECONDAIRE (2ND CYCLE) 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS DE 1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
806	VÉRIFIEZ 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire)? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
807	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 815
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
812	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 A SON COMPTE 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
813	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE... 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
814	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
815	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 823
816	VÉRIFIEZ 814 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 819
817	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
818	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT 4 NE SAIT PAS 8	→ 820
819	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
820	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
821	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
822	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT QUELQU'UN D'AUTRE ET MARI/PARTENAIRE... 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																								
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 LES DEUX, SEULE ET CONJOINTEMENT . 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
824	Est-ce que vous possédez de la terre, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE 1 CONJOINTEMENT 2 LES DEUX, SEULE ET CONJOINTEMENT . 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
825	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PERSONNES PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PRES./ ÉCOUTE</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3					
	PRES./ ÉCOUTE	PRES./ ÉCOUTE	PAS PRES.																								
ENFANTS < 10	1	2	3																								
MARI	1	2	3																								
AUTRES HOMMES	1	2	3																								
AUTRES FEMMES	1	2	3																								
826	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORT SANS LUI DIRE	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8																								
ARGUMENTE	1	2	8																								
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																								
BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 9. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 937
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	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	
907	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	
908	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	Pendant la grossesse ?	OUI NON NSP GROSSESSE. 1 2 8	
	Au cours de l'accouchement ?	ACCOUCHEMENT ... 1 2 8	
	Pendant l'allaitement ?	ALLAITEMENT 1 2 8	
909	VÉRIFIEZ 908 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 911
910	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 enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
911	VÉRIFIEZ 208 ET 215 : AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→ 926
	DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANVIER 2008 ↓	DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2008	→ 926
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES <input type="checkbox"/> SOINS PRÉNATALS ↓	AUCUN <input type="checkbox"/> SOIN PRÉNATAL	→ 920
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.		
914	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on a parlé des sujets suivants ?		
	Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère ?	OUI NON NSP SIDA DE LA MÈRE 1 2 8	
	Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ?	CHOSSES À FAIRE 1 2 8	
	Effectuer un test du virus du sida ?	TEST 1 2 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
915	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
916	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du virus du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 920
917	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CTV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CLINIQUE MOBILE 15 DISPENSARE SCOLAIRE 16 AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 DISPENSARE SCOLAIRE 25 AUTRE MÉD. PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE 31 MAISON 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
918	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 924
919	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 924
920	VÉRIFIEZ 434 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> 21-36 EST ENCERCLÉ ↓		→ 926
921	Entre le moment où vous arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	
922	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 926
923	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
924	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis ce moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 927
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 96	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 930
927	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 96	
928	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
929	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12 CENTRE CTV INDÉPENDANT 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CLINIQUE MOBILE 15 DISPENSARE SCOLAIRE 16 AUTRE PUBLIC 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE CTV INDÉPENDANT 22 PHARMACIE 23 CLINIQUE MOBILE 24 DISPENSARE SCOLAIRE 25 AUTRE MÉD. PRIVÉ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE 31 MAISON 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	→ 932
930	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 932

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
931	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT B</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ</p> <p>_____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ</p> <p>COMMUNAUT./ VILLAGE L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
932	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non ?	<p>OUI, RESTE SECRET 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8</p>	
934	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8</p>	
935	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	<p>DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1</p> <p>NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8</p>	
936	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND 8</p>	
937	<p>VÉRIFIEZ 901 :</p> <p>A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓</p> <p>Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
938	<p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> →</p>		→ 946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A	
939	VÉRIFIEZ 937 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> → 941			
940	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
941	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		
942	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		
943	VÉRIFIEZ 940, 941, ET 942 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> → 946			
944	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 940/941/942), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 946	
945	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ GOUVT B CENTRE CTV INDÉPENDANT C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D CLINIQUE MOBILE E AUTRE PUBLIC F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ G CENTRE CTV INDÉPENDANT H PHARMACIE I CLINIQUE MOBILE J AUTRE MÉD. PRIVÉ K (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUT./ VILLAGE L BOUTIQUE M AUTRE X (PRÉCISEZ)		
946	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
947	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 1001
949	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
950	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 CELA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

SECTION 10. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A															
1001	<p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1004															
1002	<p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90'.</p> <p>SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p>	→ 1004															
1003	<p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																
1004	<p>Fumez-vous actuellement des cigarettes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1006															
1005	<p>Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?</p>	<p>NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
1006	<p>Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1008															
1007	<p>Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PIPE A</p> <p>TABAC À MACHER B</p> <p>TABAC À PRISER C</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>																
1008	<p>Il peut arriver que, pour différentes raisons, les femmes aient des difficultés pour obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constituent, pour vous, un problème important ou non ?</p> <p>Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPOR- TANT</th> <th>PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>Y ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT	PERMISSION D'ALLER	1	2	OBTENIR L'ARGENT ...	1	2	DISTANCE	1	2	Y ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPOR- TANT	PAS PRO- BLÈME IMPOR- TANT																
PERMISSION D'ALLER	1	2																
OBTENIR L'ARGENT ...	1	2																
DISTANCE	1	2																
Y ALLER SEULE	1	2																
1009	<p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1011															

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1010	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE X (PRÉCISEZ)	
1011	VÉRIFIER 217: L'ENFANT (LE PLUS JEUNE) A 0-17ANS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1013
1012	Je voudrais maintenant vous parler de votre/vos propre(s) enfant(s) (qui a/ont) moins de 18 ans. Avez-vous pris des dispositions pour que quelqu'un s'occupe de (lui/eux) si vous tombiez malade ou si vous ne pouviez plus vous en occuper?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	
1013	(À part votre/vos propre enfants), est-ce que vous êtes en charge d'enfant(s) de moins de 18 ans?	OUI 1 NON 2	→ 1015
1014	Avez-vous pris des dispositions pour que quelqu'un s'occupe de (cet/ces enfant(s) au cas ou vous tomberiez malade ou si vous ne pouviez plus vous en occuper?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	
1015	Avez-vous déjà entendu parler du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus?	OUI 1 NON 2	→ 1101
1016	Avez-vous déjà effectué le dépistage du cancer du sein ou du cancer du col de l'utérus?	OUI 1 NON 2	

SECTION 11. EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1101	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1103
1102	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1201
1103	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1109
1104	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1106
1105	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1106	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1107	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE 95 NE SAIT PAS 98	
1108	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
1109	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216 : A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 1995 OU PLUS TARD ↓ N'A AUCUNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> NÉE EN 1995 OU PLUS TARD		→ 1116

	<p>VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1995 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES . COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 6 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1110	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1995 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (1^{ère} FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (2^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>
1111	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)</p>
1112	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98</p>
1113	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>
1114	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ _____ 26 PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>
1115		<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>	<p>RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.</p>

1110	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 1995 OU PLUS TARD.	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (4 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (5 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (6 ^e FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1111	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1111 ←) À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1116)
1112	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
1113	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ? INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
1114	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITION... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION... 12 AUTRE TRAD. 16 _____ (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME... 22 AUTRE PROFESSION. DE SANTÉ 26 _____ PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98
1115		RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA COLONNE SUIVANTE DE CETTE PAGE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.	RETOURNEZ À 1111 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1116.
1116	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		
1117	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8		

SECTION 12. FISTULE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1201	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis. Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI 1 NON 2	→ 1203
1202	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1301
1203	Est-ce que ce problème est arrivé après un accouchement ?	OUI 1 NON 2	→ 1205
1204	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ? PRÉCISEZ.	AGRESSION SEXUELLE 1 OPÉRATION DU PELVIS 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	→ 1207 → 1208
1205	Est-ce que ce problème est arrivé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL . . . 1 ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE . . . 2	
1206	Est-ce que ce bébé est né vivant ?	OUI, BÉBÉ EST NÉ VIVANT 1 NON, BÉBÉ N'EST PAS NÉ VIVANT 2	
1207	Combien de jours après [RÉPONSE À 1203 OU 1204] les pertes ont-elles commencé ?	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. <input type="text"/> <input type="text"/> (INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS)	
1208	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI 1 NON 2	→ 1210
1209	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ? INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER A NE SAVAIT PAS OÙ ALLER B TROP CHER C TROP ÉLOIGNÉ D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION F GÉNÉE G PROBLÈME A DISPARU H AUTRE X (PRÉCISEZ)	→ 1301
1210	Après de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME . . . 2 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	
1211	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ? SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT 3	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1305	<p>Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>1305A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/":</p> <p>a)- vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>b)- vous menace ou quelqu'un proche de vous?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p>	<p>1305B. 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 VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p>	
1306	<p>Maintenant, si vous le permettez, je voudrais vous poser d'autres questions concernant vos relations avec votre (dernier) mari/partenaire.</p> <p>1306A. 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>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>b)- vous gifle ou torde le bras?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>c)- vous frappe à coup de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>d)- vous donne des coups de pied ou vous traîne à terre?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>e) essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>f)- vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>g)- vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>h)- vous force physiquement à avoir des rapports sexuels même quand vous ne vouliez pas ?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p> <p>i)- vous force à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>OUI 1 → NON..... 2 ↓</p>	<p>1306B. 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 VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>d) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>e) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>f) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>g) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>h) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p> <p>i) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95</p>	
1307	<p>VÉRIFIEZ 1306</p> <p>AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 1310 A</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1308	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 ?	NOMBRE D'ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE / UNION..... 95 APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE..... 96	
1309A ET 1309B	1309A. 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 ?	1309B. Combien de fois cela s'est-il produit au cours des 12 derniers mois?	
	a)- d'avoir les hématomes et meurtrissures? OUI 1 → NON..... 2 ↓	a) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
	b)- d'avoir une blessure, une fracture ou une entorse ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	b) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
	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 ? OUI 1 → NON..... 2 ↓	c) NOMBRE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.. 95	
1310A	Est-ce que vous avez déjà dit ou fait quelque chose pour humilier ou menacer votre (derniers) mari/partenaire devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2	→ 1310
1310B	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 ?	NOMBRE D'ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE / UNION..... 95 APRÈS SÉPARATION/ DIVORCE..... 96	
1310	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 agressé physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1312
1311	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 ?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.... 95	
1312	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/ boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1314
1313	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelques fois ou jamais ?	TRÈS SOUVENT 1 QUELQUES FOIS..... 2 JAMAIS..... 3	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À		
1314	<p>VÉRIFIEZ 1302</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ? </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ETE EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ? </td> </tr> </table>	MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ETE EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?	OUI 1 NON 2 PAS DE RÉPONSE 3	<input type="checkbox"/> → 1319
MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME/SEPARÉE DIVORCÉE <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?	JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS ETE EN UNION <input type="checkbox"/> ↓ Depuis l'âge de 15 ans, est ce que quelqu'un vous a battu, giflé, donné des coups de poing ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement ?				
1315	Qui vous a agressé physiquement de cette façon ? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MERE..... A PERE..... B NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D SOEUR..... E FRERE..... F FILLE..... G FILS..... H EX MARI /EX PARTENAIRE..... I AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE.... O AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... P AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... Q PROFESSEUR..... R EMPLOYEUR..... S ETRANGER..... T AUTRES X (A PRECISER)			
1316	VÉRIFIER 1315 PLUS D'UNE PERSONNE MENTIONNEE <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UNE PERSONNE MENTIONNEE <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> → 1318		
1317	Quelle est la personne qui vous a le plus souvent battu, giflé, donné des coups de pied ou fait quelque chose pour vous agresser physiquement ?	MERE..... 01 PERE..... 02 NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. 03 NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... 04 SOEUR..... 05 FRERE..... 06 FILLE..... 07 FILS..... 08 EX MARI /EX PARTENAIRE..... 09 AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... 10 EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... 11 BELLE MERE (MERE DU MARI)..... 12 BEAU PERE (PERE DU MARI)..... 13 AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. 14 AUTR. PARENTS PAR ALLIANCE.... 15 AMIES/FEMMES DE RENCONTRE... 16 AMIS/HOMMES DE RENCONTRE... 17 PROFESSEUR..... 18 EMPLOYEUR..... 19 ETRANGER..... 20 AUTRES 96 (PRECISER)			
1318	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois cette personne vous a battu, giflé, donné des coups de pied ou a fait quelque chose d'autre pour vous agresser physiquement ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> SI VEUVE, DIV. OU SEPARÉE.... 95			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1319	<p>VÉRIFIER Q201, Q226 ET Q230: NAISSANCES VIVANTES, ÉTAT DE GROSSESSE ET NAISSANCES NON VIVANTES</p> <p>A AU MOINS EU UNE GROSSESSE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EU DE GROSSESSE <input type="checkbox"/></p> <p>[Q201 = 2, Q226 = (2 ou 8) ET Q230= 2]</p>		1322
1320	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1322
1321	<p>Qui était la personne qui vous a agressé physiquement au cours d'une grossesse?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MERE..... A</p> <p>PERE..... B</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D</p> <p>SOEUR..... E</p> <p>FRERE..... F</p> <p>FILLE..... G</p> <p>FILS..... H</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE..... I</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N</p> <p>AUTR. 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>ETRANGER..... T</p> <p>AUTRES X</p> <p>(A PRECISER)</p>	
1322	<p>VÉRIFIER 1306, 1309, 1314 ET 1320:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		1326
1323	<p>Avez-vous essayé d'obtenir de l'aide?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1325
1324	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENCERCLER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MERE..... A</p> <p>PERE..... B</p> <p>NOUV. FEMME DE VOTRE PERE .. C</p> <p>NOUV. MARI/PARTENAIRE DE VOTRE MERE..... D</p> <p>SOEUR..... E</p> <p>FRERE..... F</p> <p>FILLE..... G</p> <p>FILS..... H</p> <p>EX MARI /EX PARTENAIRE..... I</p> <p>AMI/PARTEN. SEXUEL ACTUEL..... J</p> <p>EX AMI/EX PARTEN. SEXUEL..... K</p> <p>BELLE MERE (MERE DU MARI)..... L</p> <p>BEAU PERE (PERE DU MARI)..... M</p> <p>AUTR. PARENTES PAR ALLIANCE.. N</p> <p>AUTR. 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>ETRANGER..... T</p> <p>AUTRES X</p> <p>(A PRECISER)</p>	→ 1326

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1325	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez jamais rechercher de l'aide?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER..... 01 INUTILE/PAS BESOIN..... 02 FAIT PARTIE DE LA VIE..... 03 PEUR DU DIVORCE/SÉPARATION... 04 PEUR D'ÊTRE PLUS BATTUE..... 05 PEUR DE CRÉER PROBLÈMES À A LA PERSONNE QUI LA BAT.... 06 GÉNÉE..... 07 VEUT PAS DÉSHONORER LA FAM.. 08 AUTRES _____ 96 (PRÉCISER)	
1326	Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère ?	OUI 1 NON 2 NSP..... 8	
1326A	Connaissiez-vous un service d'encadrement et d'appui aux femmes en difficulté ?	OUI 1 NON 2 NSP..... 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.

1327	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 1 FOIS	NON		
	MARI.....	1	2	3			
	AUTRES ADULTES HOMMES..	1	2	3			
	ADULTES FEMMES.....	1	2	3			
1328	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE SI LA SECTION 13 N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS	<hr/> <hr/> <hr/>					

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

1404	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1405	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2					
1406	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [2] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [3] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [4] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [5] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [6] ←	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 ← NSP 8 ALLER À [7] ←
1407	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1408	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1409	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1410	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2
1411	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 ← NON ... 2
1412	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI ... 1 NON ... 2					
1413	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1414

1404	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____	
1405	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	
1406	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ALLER À 1408 NSP 8 ALLER À [13]	
1407	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]	
1408	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"/>	
1409	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort(e) avant de se marier ?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]	
1410	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	
1411	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1413 NON ... 2	
1412	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	
1413	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 IL N Y A PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À 1414								
1414	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES MINUTES					<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉE

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES

AUTRES COMMENTAIRES

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'EQUIPE : _____ DATE : _____

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE : _____ DATE : _____

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLUMN 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. **

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE
1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE
3 DIU
4 INJECTABLES
5 IMPLANTS
6 PILULE
7 CONDOM
8 CONDOM FÉMININ
9 DIAPHRAGME
J MOUSSE OU GELÉE
K MAMA
L MÉTHODE DU RYTHME
M RETRAIT
X AUTRE MÉTHODE MODERNE
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLUMN 2: DISCONTINUATION OU UTILIS. CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
7 COÛTE TROP CHER
8 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
X AUTRE _____
(PRÉCISEZ)
Z NE SAIT PAS

			1	2		
	12	DEC	01			
	11	NOV	02			
	10	OCT	03			
	09	SEP	04			
2	08	AOUT	05			2
0	07	JUILLET	06			0
1	06	JUIN	07			1
0	05	MAI	08			0
*	04	AVRIL	09			*
	03	MARS	10			
	02	FEV	11			
	01	JAN	12			
<hr/>						
	12	DEC	13			
	11	NOV	14			
	10	OCT	15			
	09	SEP	16			
2	08	AOUT	17			2
0	07	JUILLET	18			0
0	06	JUIN	19			0
9	05	MAI	20			9
*	04	AVRIL	21			*
	03	MARS	22			
	02	FEV	23			
	01	JAN	24			
<hr/>						
	12	DEC	25			
	11	NOV	26			
	10	OCT	27			
	09	SEP	28			
2	08	AOUT	29			2
0	07	JUILLET	30			0
0	06	JUIN	31			0
8	05	MAI	32			8
*	04	AVRIL	33			*
	03	MARS	34			
	02	FEV	35			
	01	JAN	36			
<hr/>						
	12	DEC	37			
	11	NOV	38			
	10	OCT	39			
	09	SEP	40			
2	08	AOUT	41			2
0	07	JUILLET	42			0
0	06	JUIN	43			0
7	05	MAI	44			7
*	04	AVRIL	45			*
	03	MARS	46			
	02	FEV	47			
	01	JAN	48			
<hr/>						
	12	DEC	49			
	11	NOV	50			
	10	OCT	51			
	09	SEP	52			
2	08	AOUT	53			2
0	07	JUILLET	54			0
0	06	JUIN	55			0
6	05	MAI	56			6
*	04	AVRIL	57			*
	03	MARS	58			
	02	FEV	59			
	01	JAN	60			
<hr/>						
	12	DEC	61			
	11	NOV	62			
	10	OCT	63			
	09	SEP	64			
2	08	AOUT	65			2
0	07	JUILLET	66			0
0	06	JUIN	67			0
5	05	MAI	68			5
*	04	AVRIL	69			*
	03	MARS	70			
	02	FEV	71			
	01	JAN	72			

* On suppose que l'année de l'enquête sera 2010. Pour le terrain commençant en 2011 ou 2012, les années devront être adaptées.

** Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ ET À INDICATEURS MULTIPLES DU BURKINA-EDS-MICS BF, 2010
QUESTIONNAIRE HOMME

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE

BURKINA FASO
Unité-Progrès-Justice

IDENTIFICATION																													
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>GRAPPE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CONCES.</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MÉNAGE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>RÉGION</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MILIEU</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>MILIEU (DÉTAILLÉ)</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>N° DE LIGNE</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	GRAPPE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	CONCES.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MÉNAGE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RÉGION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MILIEU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	MILIEU (DÉTAILLÉ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° DE LIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GRAPPE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
CONCES.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MÉNAGE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
RÉGION		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MILIEU		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
MILIEU (DÉTAILLÉ)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
N° DE LIGNE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
NUMÉRO DE GRAPPE																													
NUMÉRO DE CONCESSION																													
NOM ET PRENOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ N° MÉNAGE _____																													
RÉGION ADMINISTRATIVE _____																													
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)																													
OUAGADOUGOU AUTRES VILLES, RURAL																													
(OUAGADOUGOU=1, AUTRES VILLES=2, RURAL=3)																													
NOM /PRENOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____																													

VISITES D'ENQUÊTEUR								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>0</td></tr></table>	2	0	1	0
2	0	1	0					
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		ENQUÊTEUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>								
*CODES RÉSULTAT :				NBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>								
1 REMPLI				4 REFUSÉ				
2 PAS À LA MAISON				5 REMPLI PARTIELLEMENT				
3 DIFFÉRÉ				6 INCAPACITÉ				
				7 AUTRE _____ (PRÉCISER)				

LANGUE DE QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td>1</td></tr></table>	1	LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>
1								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/>								
**CODES LANGUE : 1 FRANÇAIS 3 DIOULA 5 SENOULO								
QUEST. 2 MOORE 4 FOULFOULDE/PEULH 6 AUTRE								
*** CODES LANGUE INTERVIEW: Français=01, Mooré =02, Dioual=03, Peuhl/Foulfouldé=04, Sénoufo=05 Autre (Préciser)=06								

CONTROLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR										
NOM _____	NOM _____	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
DATE _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DATE _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>												

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au Burkina Faso. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions? Puis-je commencer l'interview maintenant?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR: _____ DATE: _____

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ..... 1 L'ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 2 → FIN

↓

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
101	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNÉE 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Êtes-vous allé à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 108
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire 1 (1er cycle), secondaire 2 (2nd cycle) ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (1ER CYCLE) 2 SECONDAIRE (2ND CYCLE) 3 SUPÉRIEUR 4	
106	Quel est (l'année/classe) la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '0'.	CLASSE/ANNÉE <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
115	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous dormi ailleurs que chez vous pour une ou plusieurs nuits ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
116	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	

Q 106: NIVEAU/CLASSE D'EDUCATION

NIVEAU	PRIMAIRE=1	SEC 1er CYCLE=2	SEC 2è CYCLE=3	SUPERIEUR=4
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE			
CLASSE	CP1=1	6ème=1	2nd=1	1ère année=1
	CP2=2	5ème=2	1ère=2	2ème année=2
	CE1=3	4ème=3	Terminale=3	3ème année=3
	CE2=4	3ème=4	FPB=4	4ème année=4
	CM1=5	FPP=5	NSP=8	5ème année ou +=5
	CM2=6	NSP=8		NSP=8
	NSP=8			

- (1) Chaque carte doit comporter quatre phrases simples appropriées au pays (par ex. "Les parents aiment leurs enfants" ; "Travailler la terre est un dur travail" ; "L'enfant lit un livre" ; "Les enfants travaillent dur à l'école"). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles l'enquête est susceptible de savoir lire.

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : aucun bébé qui a crié ou montré un signe de vie mais qui n'a pas survécu ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	<input type="checkbox"/> → 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 : A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> ↓ A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/> → N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> →		→ 212 → 301								
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI 1 NON 2	→ 212								
211	En tout, avec combien de femmes avez-vous eu des enfants ?	NOMBRE DE FEMMES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	Quel âge aviez-vous quand est né votre (premier) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> →		→ 301								
214	Quel âge a votre (plus jeune) enfant ?	ÂGE EN ANNÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
215	VÉRIFIEZ 214 : (PLUS JEUNE) <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ENFANT A 0-2 ANS		→ 301
216	Quel est le nom de votre (plus jeune) enfant ? INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE) _____ (NOM DU (PLUS JEUNE) ENFANT)		
217	Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 219
218	Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?	PRÉSENT 1 PAS PRÉSENT 2	
219	Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?	HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT SANTÉ ... 1 AUTRE 2	
220	Quand un enfant a la diarrhée, quelle quantité de liquides doit-on lui donné à boire : plus que d'habitude, environ la même quantité que d'habitude, moins que d'habitude ou rien à boire du tout ?	PLUS QUE D'HABITUDE 1 MÊME QUANTITÉ 2 MOINS QUE D'HABITUDE 3 RIEN À BOIRE 4 NE SAIT PAS 8	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire des différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. De quelle MÉTHODE avez-vous déjà entendu parler ?		
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2	
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI 1 NON 2	
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé qui les empêche de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2	
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour les empêcher de tomber enceinte, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2	
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2	
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
09	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)	OUI 1 NON 2	
10	Méthode du rythme. INSISTEZ : Les femmes peuvent éviter une grossesse en évitant d'avoir des rapports sexuels les jours du mois où elles ont le plus de chances de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
11	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2	
12	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2	
12A	Diaphragme/Cape cervicale. Les femmes peuvent placer une rondelle de latex ou un petit "bonnet" sur le col de l'utérus avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2	
12B	Mousse/Gélee/Spermicides. Les femmes peuvent mettre dans leur vagin une crème avant tout rapport sexuel afin de tuer les spermatozoïdes de l'homme. Cette crème peut être aussi mise sur le diaphragme.	OUI 1 NON 2	
13	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI 1 _____ (PRÉCISEZ) _____ (PRÉCISEZ) NON 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
302	Au cours des derniers mois, avez-vous : Entendu parler de planification familiale à la radio ? Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou un magazine ?	OUI NON RADIO 1 2 TÉLÉVISION 1 2 JOURNAL OU MAGAZINE ... 1 2	
303	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de la santé ?	OUI 1 NON 2	
304	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les risques de grossesse. Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes que d'autres quand elles ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 306
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES 4 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	
306	Je vais maintenant vous lire des déclarations sur la contraception. Dites-moi, si vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas avec chacune de ces déclarations. a) La contraception est l'affaire des femmes à laquelle les hommes ne devraient pas s'intéresser. b) Les femmes qui utilisent la contraception peuvent devenir de moeurs légères.	PAS D'ACCORD ACCORD NSP CONTRACEPTION AFFAIRE DES FEMMES 1 2 8 FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE 1 2 8	
307	VÉRIFIEZ 301 (07) : CONNAÎT CONDOM MASCULIN OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 311
308	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	OUI 1 NON 2	→ 311
309	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ GOUVT B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC E (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE AGENT DE SANTÉ COMMU-NAUTAIRE/VILLAGE K BOUTIQUE L INSTITUTION RELIGIEUSE M AMIS/PARENTS N AUTRE X (PRÉCISEZ)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À	
310	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms si vous le souhaitez ?	OUI 1 NON 2		
311	VÉRIFIEZ 301 (08) : CONNAÎT CONDOM FÉMININ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 401	
312	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms féminins ?	OUI 1 NON 2	→ 401	
313	Où est-ce ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT _____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ GOUVT B CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... C CLINIQUE MOBILE D AUTRE PUBLIC _____ E (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ F PHARMACIE G MÉDECIN PRIVÉ H CLINIQUE MOBILE I AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ J (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE K BOUTIQUE L INSTITUTION RELIGIEUSE M AMIS/PARENTS N AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)		
314	Est-ce que vous pouvez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitez ?	OUI 1 NON 2		

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À	
401	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 404	
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous déjà vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ... 2 NON 3	→ 413	
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF 1 DIVORCÉ 2 SÉPARÉ 3	→ 410	
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI 1 VIT AILLEURS 2		
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE) 1 NON (SEULEMENT UNE) 2	→ 407	
406	En tout, combien avez-vous d'épouses ou de femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI ... <input type="text"/> <input type="text"/> IL VIT COMME MARIÉ		
407	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>Pouvez-vous me donner le nom de chacune de vos épouses ou de chacune des femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR CHACUNE DES ÉPOUSES ET FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME S'IL ÉTAIT MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOM</p> <p>N° DE LIGNE</p> <p>ÂGE</p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>408 Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p>	
408	POSEZ 408 POUR CHAQUE PERSONNE.			
409	<p>VÉRIFIEZ 407 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>		→ 411A	
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme seulement une fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	→ 411A	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
411	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS MOIS 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ANNÉE 9998	→ 413
412	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
413	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
414	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> 1 ^{ère} FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIÈRE) FEMME/PARTENAIRE 95	→ 501
415	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
416	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la <u>dernière</u> fois ? S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES ... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 434

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PART. SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PART. SEXUELLE
417	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
418	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 (PASSEZ À 420) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 420) ←	OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 420) ←
419	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
420	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETITE AMIE : Vivez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ ... 2 PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE 4 PROSTITUÉ 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 423) ←
421	VÉRIFIEZ 410 :	MARIÉ MARIÉ UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 423) ←	MARIÉ MARIÉ UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 423) ←	MARIÉ MARIÉ UNE PLUS SEULE D'UNE <input type="text"/> FOIS FOIS <input type="text"/> (PASSEZ À 423) ←
422	VÉRIFIEZ 414 :	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 424) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 424) ↓	1 ^{re} FOIS QUAND IL A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 ^{re} FEMME <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (PASSEZ À 424) ↓
423	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	IL Y A... JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A... ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>
424	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/>
425	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
426	À part (cette personne/ces 2 personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 417 ←) À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 428) ←	OUI 1 (RETOURNEZ À 417 ←) À COL. SUIVANTE) NON 2 (PASSEZ À 428) ←	
427	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NBRE DE PARTENAIRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
428	VÉRIFIEZ 420 (TOUTES LES COLONNES) : AU MOINS UNE PARTENAIRE EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/> ↓	AUCUNE PARTENAIRE N'EST UNE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	→ 430
429	VÉRIFIEZ 420 ET 418 (TOUTES LES COLONNES) : AUTRE <input type="checkbox"/>	CONDOM UTILISÉ AVEC CHAQUE PROSTITUÉE <input type="checkbox"/>	→ 433 → 434
430	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 432
431	Avez-vous déjà payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2	→ 434
432	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé ?	OUI 1 NON 2	→ 434
433	Au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'un condom a été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un que vous aviez payé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
434	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? SI LA RÉPONSE EST NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
435	VÉRIFIEZ 418, PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE) : CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/> ↓	PAS POSÉE <input type="checkbox"/> PAS DE CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 438 → 438
436	Vous m'avez dit qu'un condom avait été utilisé la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels. Quelle est la marque du condom utilisé à ce moment-là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LE PAQUET.	PRUDENCE 01 IPPF 02 KAMASSOUTRA 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
437	<p>Où vous êtes-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 15</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ</p> <p>_____ 25</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU-NAUTAIRE/VILLAGE 31</p> <p>BOUTIQUE 32</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 33</p> <p>AMIS/PARENTS 34</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
438	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé une méthode (autre que le condom) pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 501</p>
439	<p>Quelle méthode vous, ou votre partenaire, avez utilisé ?</p> <p>INSISTEZ :</p> <p>Est-ce que vous, ou votre partenaire, avez utilisé une autre méthode pour prévenir une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM FÉMININ G</p> <p>DIAPHRAGME H</p> <p>MOUSSE/GELÉE I</p> <p>MAMA J</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME K</p> <p>RETRAIT L</p> <p>COLLIER M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y</p>	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	→ 509
502	VÉRIFIEZ 439 : HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>	→ 509
503	Est-ce que (votre épouse/partenaire)/(certaines de vos (épouses/partenaires)) sont actuellement enceintes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 505
504	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après (l'enfant/les enfants) que vous et (votre (épouse/partenaire)/vos (épouses/partenaires)) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 506 → 509
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE /AUCUN 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT 3 ÉPOUSE(S)/PARTENAIRE(S) STÉRILISÉE(S) 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS 8	→ 509
506	VÉRIFIEZ 407 : UNE FEMME/PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	PLUS D'UNE FEMME/PARTENAIRE <input type="checkbox"/>	→ 508
507	VÉRIFIEZ 503 : FEMME/PARTENAIRE NON ENCEINTE OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	FEMME/PARTENAIRE ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 509
	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/d'un autre) enfant ?	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant d'avoir un autre enfant ?	
		MOIS 1 ANNÉE 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 COUPLE INFÉCOND 994 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	
508	Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant d'avoir (un/un autre) enfant ?	MOIS 1 ANNÉE 2 BIENTÔT/MAINTENANT 993 LUI/TOUTES SES FEMMES/PARTENAIRES SONT INFÉCONDS 994 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
509	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p>	<p>AUCUN 00</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 601</p> <p>→ 601</p>
510	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>GARÇON FILLE N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À		
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 604		
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances, ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 604		
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 607		
604	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> _____ _____			
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE... 2 DE TEMPS EN TEMPS 3			
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉ 4			
607	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓ ET NE VIVANT <input type="checkbox"/> PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 612		
608	VÉRIFIEZ 606 : CODE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓		→ 610		
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 AUTRE 6 _____ PRÉCISEZ			
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous-même, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 _____ PRÉCISEZ			
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 _____ PRÉCISEZ			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A																								
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL 1 CONJOINTEMENT 2 LES DEUX, SEUL ET CONJOINTEMENT . 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
613	Est-ce que vous possédez de la terre, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL 1 CONJOINTEMENT 2 LES DEUX, SEUL ET CONJOINTEMENT . 3 N'EN POSSÈDE PAS 4																									
614	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : Si elle sort sans le lui dire ? Si elle néglige les enfants ? Si elle argumente avec lui ? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? Si elle brûle la nourriture ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORT SANS LUI DIRE ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANTS ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>REFUSES RAPP. SEX</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLE NOURRITURE ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE ..	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS ..	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSES RAPP. SEX	1	2	8	BRÛLE NOURRITURE ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORT SANS LUI DIRE ..	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANTS ..	1	2	8																								
ARGUMENTE	1	2	8																								
REFUSES RAPP. SEX	1	2	8																								
BRÛLE NOURRITURE ..	1	2	8																								

SECTION 7. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida ?	OUI 1 NON 2	→ 723																
702	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
703	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
704	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
706	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																	
707	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																	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <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																
709	VÉRIFIEZ 708 : AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →		→ 711																
710	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
711	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRE PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.																		
712	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test pour savoir si vous avez le virus du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 716																
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y AMOIS <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95																	
714	je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT 12</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14</p> <p>CLINIQUE MOBILE 15</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE 16</p> <p>AUTRE PUBLIC 17</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL /CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 21</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>DISPENSARE SCOLAIRE 25</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ 26</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU-NAUTAIRE/VILLAGE 31</p> <p>MAISON 32</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION 33</p> <p>AUTRE 96</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 718</p>
716	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour faire un test du virus du sida ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 718</p>
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT B</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT ... C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AUTRE PUBLIC F</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL /CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT ... H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ K</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU-NAUTAIRE/VILLAGE L</p> <p>AUTRE X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
718	<p>Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
719	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 SÛR/CELA DÉPEND 8	
720	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
721	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	DEVRAIT ÊTRE AUTORISÉE 1 NE DEVRAIT PAS ÊTRE AUTORISÉE 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
722	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation de condoms pour éviter de contracter le sida ?	OUI 1 NON 2 NSP/PAS SÛR/CELA DÉPEND 8	
723	VÉRIFIEZ 701 : A ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA <input type="checkbox"/> Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ? Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2	
724	VÉRIFIEZ 414 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 732
725	VÉRIFIEZ 723 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 727
726	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
727	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
728	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone du pénis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
729	VÉRIFIEZ 726, 727, ET 728 : A EU UNE INFECTION (AU MOINS UN 'OUI') <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>		→ 732
730	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 726/727/728), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 732

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
731	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Un autre endroit ?</p> <p>INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT B</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT ... C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL /CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE CTV INDÉPENDANT ... H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AUTRE MÉD. PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMU- NAUTAIRE/VILLAGE L</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>MAISON N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
732	<p>Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
733	<p>Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec des femmes autres que ses épouses ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 805
802	Quel âge aviez-vous quand vous avez été circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ... 95 NE SAIT PAS 98	
803	Qui a effectué la circoncision ?	PRATICIEN TRADITIONNEL/ FAMILLE/AMI 1 AGENT/PROFESSIONNEL DE SANTÉ 2 AUTRE 3 NE SAIT PAS 8	
804	Où la circoncision a-t-elle été effectuée ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 1 MAISON D'UN AGENT/ PROFESSIONNEL DE SANTÉ 2 CIRCONCISION FAITE À LA MAISON 3 ENDROIT RITUEL 4 AUTRE MAISON/ENDROIT 5 NE SAIT PAS 8	
805	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
806	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre prestataire de santé ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST 90 OU PLUS, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '90' SI LA RÉPONSE EST NON-NUMÉRQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
807	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
808	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI 1 NON..... 2	→ 810
809	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
810	Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?	OUI 1 NON..... 2	→ 812

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A				
811	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE A TABAC À MÂCHER B TABAC À PRISER C AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)					
812	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 814				
813	Par quel type d'assurance êtes-vous couvert ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)					
814	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 816				
815	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 818				
816	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
817	Pensez-vous que l'excision est une pratique qui doit continuer ou qui doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8					
818	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES CONCERNANT L'ENQUÊTÉ:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

NOM DU CONTRÔLEUR : _____ DATE: _____