



# ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE QUESTIONNAIRE FEMME

CONFIDENTIEL

(ART. 8 ET 9 DU DÉCRET NO 10/05 DU 11 FÉVRIER 2010)

IDENTIFICATION				
POOL D'ENQUÊTE _____			POOL ..... <input type="text"/>	
NOM DE LA LOCALITÉ (QUARTIER/VILLAGE) _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE .....			GRAPPE ... <input type="text"/>	
NUMÉRO DE MÉNAGE .....			MÉNAGE ..... <input type="text"/>	
ANCIENNE PROVINCE _____			A_PROVINCE ... <input type="text"/>	
NOUVELLE PROVINCE _____			N_PROVINCE ... <input type="text"/>	
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)			MILIEU ..... <input type="text"/>	
KINSHASA-CHEF LIEU PROVINCE-AUTRE VILLE-CITÉ-RURAL (KINSHASA=1, CHEF LIEU PROVINCE=2, AUTRE VILLE=3, CITÉ=4, RURAL=5)			RÉSIDENCE ..... <input type="text"/>	
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____			N° DE LIGNE . <input type="text"/>	
VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE : EST-CE QUE LE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME; LES TESTS ANÉMIE, PALUDISME, VIH, COUVERTURE VACCINALE ET MESURES ANTHROPOMETRIQUES? (OUI = 1, NON = 2)			MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ..... <input type="text"/>	
SI 'NON' (=2) VÉRIFIER Q293A DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LA SÉLECTION DE LA FEMME ÉLIGIBLE POUR LA SECTION SUR LES 'VIOLENCES DOMESTIQUES'. SI LA FEMME QUE VOUS ENQUÊTEZ A ÉTÉ SÉLECTIONNÉE POUR LES VIOLENCES DOMESTIQUES, INSCRIVEZ '1' DANS LA CASE DE DROITE; AUTREMENT INSCRIVEZ '2'. (OUI = 1, NON = 2)			FEMME SÉLECTIONNÉE POUR VIOLENCE DOMEST. ... <input type="text"/>	
VISITES D'ENQUÊTRICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <input type="text"/>
PROCHAINE DATE VISITE :	_____	_____		CODE ENQU. <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT <input type="text"/>
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
* CODES RÉSULTAT : 1 REMPLI                      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON        5 PARTIELLEMENT REMPLI        7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                    6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISEZ)				
LANGUE DE QUEST.** <u>FRANÇAIS</u> <input type="text"/>		LANGUE DE L'INTERVIEW _____ <input type="text"/>		INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2) <input type="text"/>
CODE LANGUE: 1 FRANÇAIS                      3 LINGALA                      5 TSHILUBA 2 KIKONGO                      4 SWAHILI                      6 AUTRES				
CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUSE		CONTRÔLE BUREAU
NOM _____ <input type="text"/>		NOM _____ <input type="text"/>		<input type="text"/>
				SAISI PAR
				<input type="text"/>

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

### PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT INFORMÉ

#### CONSENTEMENT INFORMÉ

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour le Ministère du Plan et le Ministère de la Santé. Nous effectuons une enquête nationale sur la démographie et la santé en République Démocratique du Congo. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Aux termes des articles 8 et 9 du Décret du 11 février 2010, toutes les informations que vous nous donnez 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 DE DÉBUT DE L'INTERVIEW.	HEURE ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MINUTES ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="1"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text" value="9"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" 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 ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
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 '00'.	CLASSE/ANNÉE ..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	
107	VÉRIFIEZ 105: PRIMAIRE <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>		→ 110

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
108	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  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' <input type="checkbox"/> 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 ?	CATHOLIQUE ..... 11 PROTESTANTE ..... 12 ARMÉE DU SALUT ..... 13 KIMBANGUISTE ..... 14 AUTRES CHRÉTIENS ..... 15 MUSULMANE ..... 16 BUNDU DIA KONGO ..... 17 VUVAMU ..... 18 ANIMISTE ..... 19 SANS RELIGION ..... 20 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
113A	Êtes-vous Congolaise ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 115
114	Quelle est votre tribu ?  _____  INSCRIRE LE NOM DE LA TRIBU	BAKONGO DU NORD ET DU SUD DU FLEUVE ..... 11 BAS-KASAÏ ET KWILU-KWANGO ... 12 CUVETTE CENTRALE ..... 13 UBANGI ET ITIMBIRI-NGIRI ..... 14 UELE; LAC ALBERT ..... 15 BASELE-KOMO, MANIEMA ET KIVU . 16 KASAÏ; KATANGA; TANGANYIKA ... 17 LUNDA ..... 18 PYGMÉE ..... 19 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
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 absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## 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 ..... <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> FILLES À LA MAISON ..... <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>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont 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 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> FILLES AILLEURS ..... <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>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) 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 décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <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> FILLES DÉCÉDÉES ..... <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>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES NAISSANCES ..... <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>									
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<sup>ère</sup>.  
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES Jumeaux/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) ?  INSCRIVEZ LE NOM.  N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple?	En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?  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 DE MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?  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 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	
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 DE MÉNAGE <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
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 DE MÉNAGE <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
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 DE MÉNAGE <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
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 DE MÉNAGE <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
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 DE MÉNAGE <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
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 DE MÉNAGE <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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
<p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N° DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?</p>	<p>En quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> <p>INSISTEZ : Quelle est sa date de naissance ?</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU DE MÉNAGE. (INSCRIVEZ 00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE).</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?</p> <p>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.</p>	<p>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 ?</p>
08	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p>	<p>OUI .. 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>NON .... 2 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>SUIVANTE</p>
09	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p>	<p>OUI .. 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>NON .... 2 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>SUIVANTE</p>
10	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p>	<p>OUI .. 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>NON .... 2 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>SUIVANTE</p>
11	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p>	<p>OUI .. 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>NON .... 2 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>SUIVANTE</p>
12	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>SIMP. 1</p> <p>MULT. 2</p>	<p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>220</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/></p>	<p>OUI .. 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DE MÉNAGE <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 221)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/></p>	<p>OUI .... 1 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>NON .... 2 AJOUTEZ NAISS.</p> <p>SUIVANTE</p>
222	<p>Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? SI OUI, INSCRIVEZ LA/LES NAISSANCES DANS LE TABLEAU.</p>					<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>			
223	<p>COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHEZ :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ)</p>								
224	<p>VÉRIFIEZ 215 :</p> <p>INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2008 OU PLUS TARD.</p>					<p>NOMBRE DE NAISSANCES ..... <input type="text"/></p> <p>AUCUNE ..... 0</p>			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ?	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> JAN. 2008 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT <input type="text"/> <input type="text"/> JAN. 2008		→ 238
233	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Depuis janvier 2008, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
236	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2008 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 2008 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À								
238	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>(INSCRIVEZ LA DATE SI ELLE EST DONNÉE)</p>	<p>IL Y A ..... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .....SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .....MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .....ANNÉES ... 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>								
239	<p>Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 301</p>								
240	<p>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 ?</p>	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>									

### 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.  Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?		
01	<b>Stérilisation féminine.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	<b>Stérilisation masculine.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	<b>DIU.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	<b>Injectables.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour les empêcher de tomber enceintes pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	<b>Implants.</b> 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 enceintes, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
06	<b>Pilule.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	<b>Condom masculin.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	<b>Condom féminin.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08A	<b>"Méthode des Jours Fixes ("Collier du Cycle™").</b> INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur pour savoir quels jours elles peuvent tomber enceinte. Les jours où elles peuvent tomber enceinte, elles utilisent un condom ou n'ont pas de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	<b>Comprimé, Mousse ou Gelée.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent s'insérer un comprimé, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels	OUI ..... 1  NON ..... 2	
10	<b>Méthode du rythme.</b> INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours du mois où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	<b>Retrait.</b> INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention pendant les rapports sexuels et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
12	<b>Pilule du lendemain.</b> INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre dans les trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	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  <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> <div style="text-align: center;">_____</div> <div style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</div> NON ..... 2	
302	VÉRIFIEZ 226 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE  <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             ENCEINTE  <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">→ 313</div>		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
303	Faites-vous actuellement quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 313
304	Quelle(s) méthode(s) utilisez-vous ?  ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM MASCULIN ..... G CONDOM FÉMININ ..... H MJF (COLLIER DU CYCLE) ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MÉTHODE DU RYTHME ..... K RETRAIT ..... L AUTRE MÉTHODE MODERNE ... X AUTRE MÉTHODE TRADITION. ... Y	→ 307 → 308A → 306 → 308A
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	OVRETTE ..... 01 EXCLUTON ..... 02 MICROLUT ..... 03 MICROGYNON ..... 04 DUOFEM ..... 05 OVRAL ..... 06 COMBINATION 3 ..... 07  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	→ 308A
306	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	PRUDENCE ..... 01 OK ..... 02 DOUBLE BUTTERFLY ..... 03 INNOTEX ..... 04 BENELUX ..... 05 PROTECTOR ..... 06 TRUST ..... 07 KAMAX EURO ..... 08 DAVIGNA ..... 09 KAMATSURA ..... 10 LATEX CONDOM ..... 11 LATEX FACTORI ..... 12 PREVANTOR ..... 13 INDUS ..... 14  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	→ 308A
307	Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?  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)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... 12 CLINIQUE PLANIFICATION FAM. ... 13 CLINIQUE MOBILE ..... 14 MATERNITÉ ..... 15 CDV ..... 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À												
308	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?														
308A	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>													→ 314
313	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé n'importe quelle manière de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 324												
314	VÉRIFIEZ 304 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE EST 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 MASCULIN ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 MJF (COLLIER DU CYCLE) ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE DU RYTHME ..... 11 RETRAIT ..... 12 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	→ 317A → 326       → 315A → 326												
315	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE de Q.308/308A). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CLINIQUE PLANIF. FAMIL. .... 12 CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... 13 MATERNITÉ ..... 14 RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16 (PRÉCISEZ)													
315A	Où avez-vous appris comment utiliser la méthode du rythme ?  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)	<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 ONG ..... 23 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 24 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 25 MÉDECIN PRIVÉ ..... 26 INFIRMIER AMBULANT ..... 27 AGENT DE TERRAIN ..... 28 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE ENDROIT</b> BOUTIQUE ..... 31 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 32 AMI/PARENTS ..... 33 BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 34  <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISEZ)													
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 MASCULIN ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 MJF (COLLIER DU CYCLE) ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE DU RYTHME ..... 11	→ 323 → 320 → 326												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 :  CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' ↓         NON <input type="checkbox"/> ↓       ENCERCLÉ ↓  À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?      Quand vous avez obtenu (MÉTHERE ACTUELLE DE 314) de (ENDROIT DE 307 OU 315), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
321	Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a déjà 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 ENCEKCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHERES DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMINE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM MASCLN ..... 07 CONDOM FÉMINE ..... 08 MJF (COLLIER DU CYCLE) ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHERE DU RYTHME ..... 11 RETRAIT ..... 12 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITION. .... 96	<div style="position: relative; height: 100px;">↙ → 326 <div style="position: absolute; right: -30px; top: 50%; transform: translateY(-50%); font-size: 2em;">}</div>→ 326</div>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
323	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>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.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CLINIQUE PLANIF. FAMIL. .... 12</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... 13</p> <p>MATERNITÉ ..... 14</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>ONG ..... 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 24</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 25</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 26</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... 27</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... 28</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 29</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 32</p> <p>AMI/PARENTS ..... 33</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 34</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 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.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p>(NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CLINIQUE PLANIF. FAMIL. .... B</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ..... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>ONG ..... I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... J</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... K</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... L</p> <p>INFIRMIER AMBULANT ..... M</p> <p>AGENT DE TERRAIN ..... N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... P</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... Q</p> <p>AMI/PARENTS ..... R</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT ..... S</p> <p><b>AUTRE</b> ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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	<p>VÉRIFIEZ 224 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2008 OU PLUS TARD</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2008 OU PLUS TARD</p> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> </div> </div> <p style="text-align: right; margin-top: -20px;">→ 556</p>			
402	<p>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 2008 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).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>			
403	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p>	<p>DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<p>AVANT-DERNIÈRE NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<p>AVANT-AVANT DER. NAIS. NUMÉRO HISTORIQUE NAIS.</p> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
404	<p>À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉ</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉ</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉCÉ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> DÉ</p>
405	<p>Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSEZ À 408) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSEZ À 430) ←</p> <p>NON ..... 2</p>
406	<p>Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas (ou plus) d'enfant ?</p>	<p>PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 408) ←</p>	<p>PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←</p>	<p>PLUS TARD ..... 1 PLUS D'ENFANT ..... 2 (PASSEZ À 430) ←</p>
407	<p>Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?</p>	<p>MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>	<p>MOIS ... 1 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>ANNÉES .. 2 <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>
408	<p>Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 415) ←</p>		
409	<p>Qui avez-vous consulté ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE/IER . B  ACCOUCHEUSE . C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  "SAGE-FEMME" . D  MATRONE DE VILLAGE ..... E  GUERISSEUR TRADITION ... F  MAMAN DU QUART/ VILLAGE ..... G</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X  (PRÉCISEZ)</p>		



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 CHAQUE 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>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p><b>DOMICILE</b></p> <p>VOTRE DOMICILE A</p> <p>AUTRE DOMICILE B</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... D</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
411	<p>De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale pour cette grossesse ?</p> <p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>			
412	<p>Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu de consultation prénatale ?</p> <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>			
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 ? TENSION ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé de l'urine ? URINE ..... 1 2</p> <p>Vous a-t-on prélevé du sang ? SANG ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on pesée ? POIDS ... 1 2</p> <p>Vous a-t-on mesuré la taille ? TAILLE ... 1 2</p>			
414	<p>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 ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>			
415	<p>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 ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 418) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
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 PLUS <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> (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		
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 de fer ou du sirop de fer ?  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		



N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
433	<p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LES TYPES DE PERSONNES ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE/IER . B  ACCOUCHEUSE . C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  "SAGE-FEMME" . D  MATRONE DE VILLAGE ... E  GUERISSEUR  TRADITION ... F  MAMAN DU QUART/VILLAGE ..... G</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X  (PRÉCISEZ)  <b>PERSONNE</b> ..... Y</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE/IER . B  ACCOUCHEUSE . C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  "SAGE-FEMME" . D  MATRONE DE VILLAGE ... E  GUERISSEUR  TRADITION ... F  MAMAN DU QUART/VILLAGE ..... G</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X  (PRÉCISEZ)  <b>PERSONNE</b> ..... Y</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... A  INFIRMIÈRE/IER . B  ACCOUCHEUSE . C</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  "SAGE-FEMME" . D  MATRONE DE VILLAGE ... E  GUERISSEUR  TRADITION ... F  MAMAN DU QUART/VILLAGE ..... G</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X  (PRÉCISEZ)  <b>PERSONNE</b> ..... Y</p>												
434	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ 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>_____  (NOM DE L'ENDROIT/  NOM DES ENDROITS)</p>	<p><b>DOMICILE</b>  VOTRE DOMICILE 11  (PASSEZ À 438) ←  AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL ..... 21  CENTRE DE SANTÉ ..... 22  POSTE DE SANTÉ . .... 23  AUTRE SECTEUR PUBLIC  _____ 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MED. PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31  AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ  _____ 36  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96  (PRÉCISEZ)  (PASSEZ À 438) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b>  VOTRE DOMICILE 11  (PASSEZ À 448) ←  AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL ..... 21  CENTRE DE SANTÉ ..... 22  POSTE DE SANTÉ . .... 23  AUTRE SECTEUR PUBLIC  _____ 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MED. PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31  AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ  _____ 36  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96  (PRÉCISEZ)  (PASSEZ À 448) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b>  VOTRE DOMICILE 11  (PASSEZ À 448) ←  AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL ..... 21  CENTRE DE SANTÉ ..... 22  POSTE DE SANTÉ . .... 23  AUTRE SECTEUR PUBLIC  _____ 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MED. PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31  AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ  _____ 36  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96  (PRÉCISEZ)  (PASSEZ À 448) ←</p>												
434A	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTREZ EN HEURES.</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTREZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>														
435	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>												

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
436	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé 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 442) ←								
438	Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a contrôlé votre état de santé après que vous ayez donné naissance à (NOM) ?	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.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/IER . 12 ACCOUCHEUSE . 13  <b>AUTRE PERSONNEL</b> "SAGE-FEMME" . 14 MATRONE DE VILLAGE ..... 21 GUERISSEUR TRADITION ... 22 MAMAN DU QUART/ VILLAGE ..... 23 <b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISEZ)								
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"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998								
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 NAIS. .. 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> JRS APRES NAIS. .. 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEM.APRES NAIS. .. 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
444	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN . . . . . 11  INFIRMIÈRE/IER . 12  ACCOUCHEUSE . 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b>  "SAGE-FEMME" . 14  MATRONE DE VILLAGE . . . 21  GUERISSEUR TRADITION 22  MAMAN DU QUART/VILLAGE 23</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>		
445	<p>Où ce premier examen de (NOM) a-t-il eu lieu ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCELEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____  (NOM DE L'ENDROIT/  NOM DES ENDROITS)</p>	<p><b>DOMICILE</b>  VOTRE DOMICILE 11  AUTRE DOMICILE 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL . . . . . 21  CENTRE DE SANTÉ . . . . . 22  POSTE DE SANTÉ . . . . . 23  AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . 31  AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ 36  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>		
446	<p>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) ?</p> <p>MONTREZ DES MODÈLES COURANTS D'AMPOULES/GÉLULES/SIROP.</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>		
447	<p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI . . . . . 1  (PASSEZ À 449) ←</p> <p>NON . . . . . 2  (PASSEZ À 450) ←</p>		
448	<p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p>		<p>OUI . . . . . 1  NON . . . . . 2  (PASSEZ À 452) ←</p>	<p>OUI . . . . . 1  NON . . . . . 2  (PASSEZ À 452) ←</p>
449	<p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p>	<p>MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>	<p>MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>	<p>MOIS . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
450	VÉRIFIEZ 226 :  L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS EN-CEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ↓ (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) <b>n'avez-vous pas eu</b> de rapports sexuels ?	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
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 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
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 à 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 SUCRÉE . E JUS DE FRUIT ... F LAIT EN POUDRE POUR BÉBÉ ... G THÉ/INFUSIONS ... H CAFÉ ..... I MIEL ..... J  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
458	VÉRIFIEZ 404 :  L'ENFANT EST-IL EN VIE ?	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DÉCÉDÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div>           (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)         </div>	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DÉCÉDÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div>           (RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)         </div>	<div> <div>EN VIE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>DÉCÉDÉ</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div>           (RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUEST. OU SI PLUS DE NAISS. ALLEZ À 501)         </div>
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**


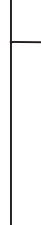
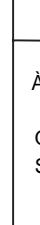
501	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2008 OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DE QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).																																																																																																																																												
502	N° DE LIGNE DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRE NAISSANCE  No DE LIGNE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE  No DE LIGNE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>			AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE  No DE LIGNE <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																																																																																																																					
503	À PARTIR DE 212 ET 216	NOM _____ EN VIE     DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)			NOM _____ EN VIE     DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (ALLEZ À 503 À LA COL.SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)			NOM _____ EN VIE     DÉCÉDÉ <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (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 (une carte/fiche de consultation préscolaire) où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI : Puis-je le(la) 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 (une carte/ fiche de consultation préscolaire) 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.																																																																																																																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">DERNIÈRE NAISSANCE</th> <th colspan="3">AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th> <th colspan="3">AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE</th> </tr> <tr> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td> <td>BCG</td> <td></td><td></td> <td>BCG</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P0</td> <td></td><td></td> <td>P0</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 1</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P1</td> <td></td><td></td> <td>P1</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 2</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P2</td> <td></td><td></td> <td>P2</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>POLIO 3</td> <td></td><td></td><td></td> <td>P3</td> <td></td><td></td> <td>P3</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTCoq/HepB/Hib 1</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D1</td> <td></td><td></td> <td>D1</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTCoq/HepB/Hib 2</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D2</td> <td></td><td></td> <td>D2</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>DTCoq/HepB/Hib 3</td> <td></td><td></td><td></td> <td>D3</td> <td></td><td></td> <td>D3</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ROUGEOLE</td> <td></td><td></td><td></td> <td>ROU</td> <td></td><td></td> <td>ROU</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>FIÈVRE JAUNE</td> <td></td><td></td><td></td> <td>F.J.</td> <td></td><td></td> <td>F.J.</td> <td></td><td></td> </tr> <tr> <td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td> <td></td><td></td><td></td> <td>VIT A</td> <td></td><td></td> <td>VIT A</td> <td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>														DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				BCG			BCG			POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0			P0			POLIO 1				P1			P1			POLIO 2				P2			P2			POLIO 3				P3			P3			DTCoq/HepB/Hib 1				D1			D1			DTCoq/HepB/Hib 2				D2			D2			DTCoq/HepB/Hib 3				D3			D3			ROUGEOLE				ROU			ROU			FIÈVRE JAUNE				F.J.			F.J.			VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A		
	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																																																																																																																																						
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																				
BCG				BCG			BCG																																																																																																																																						
POLIO 0 (POLIO À LA NAISSANCE)				P0			P0																																																																																																																																						
POLIO 1				P1			P1																																																																																																																																						
POLIO 2				P2			P2																																																																																																																																						
POLIO 3				P3			P3																																																																																																																																						
DTCoq/HepB/Hib 1				D1			D1																																																																																																																																						
DTCoq/HepB/Hib 2				D2			D2																																																																																																																																						
DTCoq/HepB/Hib 3				D3			D3																																																																																																																																						
ROUGEOLE				ROU			ROU																																																																																																																																						
FIÈVRE JAUNE				F.J.			F.J.																																																																																																																																						
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A			VIT A																																																																																																																																						
507	VÉRIFIEZ 506 :	BCG À FIEVRE JAUNE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (ALLEZ À 511)			BCG À FIEVRE JAUNE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (ALLEZ À 511)			BCG À FIEVRE JAUNE    AUTRE TOUT ENREGISTRÉ  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> (ALLEZ À 511)																																																																																																																																					

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
508	<p>(NOM) a-t-il/elle eu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur le carnet (une carte/ fiche de consultation préscolaire), y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?</p> <p>ENREGISTREZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UN DES VACCINS DE 506 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉ COMME AYANT ÉTÉ DONNÉ.</p>	<p>OUI ..... 1 (INSISTEZ ← POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).</p> <p>(PASSEZ À 511) ←</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 (INSISTEZ ← POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).</p> <p>(PASSEZ À 511) ←</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 (INSISTEZ ← POUR LES VACCINS ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À 506).</p> <p>(PASSEZ À 511) ←</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
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 ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 511) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
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 l'avant-bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
510B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510E) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
510C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné juste après la naissance ou plus tard ?	<p>JUSTE APRÈS NAISSANCE ..... 1</p> <p>PLUS TARD ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>JUSTE APRÈS NAISSANCE ..... 1</p> <p>PLUS TARD ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	<p>JUSTE APRÈS NAISSANCE ..... 1</p> <p>PLUS TARD ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>
510D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>
510E	Le vaccin du DTCoq/HepB/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 ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSEZ À 510G) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
510F	Combien de fois le vaccin du DTCoq/HepB/Hib a-t-il été donné ?	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>
510G	Le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras gauche à l'âge de 9 mois ou plus tard, pour lui éviter la rougeole ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
510H	Une injection contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection faite au bras droit à partir de 9 mois ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

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 (PASSEZ À 513B) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 513B) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 513B) ← NE SAIT PAS ..... 8						
513A	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) un comprimé de mebendazole comme celui-ci ?  MONTREZ LE COMPRIMÉ 500 MG POUR LES ENFANTS DE 12-59 MOIS	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8						
513B	Est-ce que (NOM) a déjà eu la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 514) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 514) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSEZ À 514) ← NE SAIT PAS ..... 8						
513C	Quel âge avait (NOM) quand il a eu la rougeole ?	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>  NE SE SOU-VIENT PAS ..... 98			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>  NE SE SOU-VIENT PAS ..... 98			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>  NE SE SOU-VIENT PAS ..... 98		
514	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	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						

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
517	<p>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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ: Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ</p> <p>À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ</p> <p>À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS ... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ</p> <p>NOURRITURE ... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ</p> <p>À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
518	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSEZ À 522) ←</p>
519	<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 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><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MÉDICAL . K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MÉDICAL . K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MÉDICAL . K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ</p> <p>_____ M (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p><b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ)</p>
520	VÉRIFIEZ 519 :	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCER- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCER- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>	<p>2 CODES UN SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS ENCER- <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS CLÉ</p> <p>↓ (PASSEZ À 522) ←</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
521	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 519.	1er ENDROIT ... <input type="text"/>	1er ENDROIT ... <input type="text"/>	1er ENDROIT ... <input type="text"/>
522	Lui avez-vous donné les choses suivantes à boire à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :  a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?  b) Un liquide SRO préconditionné ?  c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?	OUI NON NSP  SACHET SRO 1 2 8  LIQUIDE SRO 1 2 8  LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP  SACHET SRO 1 2 8  LIQUIDE SRO 1 2 8  LIQUIDE MAISON 1 2 8	OUI NON NSP  SACHET SRO 1 2 8  LIQUIDE SRO 1 2 8  LIQUIDE MAISON 1 2 8
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.	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE . A ANTIMOTILITÉ . B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE . F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H  <b>(IV) INTRAVEI-NEUSE</b> ..... I  <b>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES</b> ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE . A ANTIMOTILITÉ . B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE . F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H  <b>(IV) INTRAVEI-NEUSE</b> ..... I  <b>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES</b> ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE . A ANTIMOTILITÉ . B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITÉ OU ZINC) ..... D COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ... E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE . F NON ANTIBIOT . G INJECTION INCONNUE ... H  <b>(IV) INTRAVEI-NEUSE</b> ..... I  <b>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES</b> ..... 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
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 bronches 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) ←
530	VÉRIFIEZ 525 :  A-T-IL EU DE LA FIÈVRE ?	OUI                      NON OU NSP  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                      NON OU NSP  (RETOURNEZ À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	OUI                      NON OU NSP  (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 donnée 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 NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE 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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT/ NOM DES ENDROITS)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MEDICAL ... K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MEDICAL ... K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ ... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ... E</p> <p>CLINIQUE MOB. F</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I</p> <p>PHARMACIE ... J</p> <p>CABINET MEDICAL ... K</p> <p>INFIRMIER</p> <p>AMBULANT L</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b></p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>GUÉRISSEUR</p> <p>TRADITIONNEL O</p> <p>MARCHÉ ..... P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>
535	VÉRIFIEZ 534 :	<p>2 CODES 1 SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU CODE <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></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><input type="checkbox"/> PLUS EN- <input type="checkbox"/></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>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	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ?  Aucun autre médicament ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) PROTO. RDC : ARTESUNATE/ AMODIAQUINE, ARTÉMETHER/ LUMEFAN-TRINE ..... E AUTRES CTA : ARSUCAM/ CO-ARINATE/ ETC. .... F MALAXIN ... G MALARITAB ... H ARINATE ..... I ARTESUNATE . J MEFLOQUINE ... K AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ L (PRÉCISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... M INJECTION ... N <b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE ..... O PARACETAMOL . P <b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) PROTO. RDC : ARTESUNATE/ AMODIAQUINE, ARTÉMETHER/ LUMEFAN-TRINE ..... E AUTRES CTA : ARSUCAM/ CO-ARINATE/ ETC. .... F MALAXIN ... G MALARITAB ... H ARINATE ..... I ARTESUNATE . J MEFLOQUINE ... K AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ L (PRÉCISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... M INJECTION ... N <b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE ..... O PARACETAMOL . P <b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> SP/FANSIDAR ... A CHLOROQUINE . B AMODIAQUINE . C QUININE ..... D COMBINAISON AVEC ARTÉMI-SININE (CTA) PROTO. RDC : ARTESUNATE/ AMODIAQUINE, ARTÉMETHER/ LUMEFAN-TRINE ..... E AUTRES CTA : ARSUCAM/ CO-ARINATE/ ETC. .... F MALAXIN ... G MALARITAB ... H ARINATE ..... I ARTESUNATE . J MEFLOQUINE ... K AUTRE ANTI-PALUDÉEN _____ L (PRÉCISEZ) <b>ANTIBIOTIQUES</b> COMPRIMÉS/ SIROP ..... M INJECTION ... N <b>AUTRE MÉDICAMENT</b> ASPIRINE ..... O PARACETAMOL . P <b>AUTRE</b> _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z
539	VÉRIFIEZ 538 : Y A-T-IL UN CODE A-L ENCERCLÉ ?	OUI                      NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553). ↓	OUI                      NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNEZ À 503 À COL. SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553) ↓	OUI                      NON <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) ↓
540	VÉRIFIEZ 538 : SP/FANSIDAR ('A') DONNÉ	CODE 'A'              CODE 'A' ENCERCLÉ              NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A'              CODE 'A' ENCERCLÉ              NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSEZ À 542) ←	CODE 'A'              CODE 'A' ENCERCLÉ              NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSEZ À 542) ←
541	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	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





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 PROTOCOLE RDC) ?	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
549A	VÉRIFIEZ 538 :  AUTRE CTA : ARSUCAM/ CO-ARINATE/ETC. 'F' DONNÉE	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←	CODE 'F' CODE 'F' ENCERCLÉ NON ENCERCLÉ  (PASSEZ À 550) ←
549B	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une autre CTA (/ARSUCAM/CO-ANRINATE/ETC.) ?	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 DONNÉ  Y A-T-IL UN CODE G-L ENCERCLÉ ?	UN CODE CODE 'G-L' 'G-L' NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	UN CODE CODE 'G-L' 'G-L' NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)	UN CODE CODE 'G-L' 'G-L' NON ENCERCLÉ ENCERCLÉ  (RETOURNEZ À 503 À COL.SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLEZ À 553)
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 A
553	<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 554</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 <input type="checkbox"/></p> <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE DE SACHET SRO <input type="checkbox"/></p>		→ 557
556	<p>Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO, par exemple Orasel, 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 2011 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>_____ (NOM)</p>		→ 601

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
558	<p>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.</p> <p>Est-ce que (NOM DE 557) (a bu ou mangé) :</p>		
		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)	Du bouillon ?	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 ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A BU DU LAIT	
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 ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE	
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 ?	NOMBRE DE FOIS	<input type="text"/>
	SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT	
h)	Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ?	h) 1 2 8	
i)	Riz, maïs, mil, sorgho, du pain, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ?	i) 1 2 8	
j)	Des citrouilles, ignames ou courges rouges ou jaunes, carottes, patates douces rouges qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j) 1 2 8	
k)	Des pommes de terre, ignames blanches, manioc, cassava, patates douces blanches ou préparations à base de tubercules ?	k) 1 2 8	
l)	N'importe quels légumes à feuilles vert foncé ?	l) 1 2 8	
m)	Des mangues, papayes mûres ?	m) 1 2 8	
n)	Tout autre fruit et légume [par ex : banane, pomme, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate] ?	n) 1 2 8	
o)	Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
p)	De la viande de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ?	p) 1 2 8	
q)	Des oeufs ?	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 A
559	<p>VÉRIFIEZ 558 (CATÉGORIES "g" À "u") :</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>"OUI" ↓</p>		561
560	<p>Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM DE 557 ) a-t-il/elle mangé hier durant le jour ou la nuit ?</p>	<p>OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 558 POUR ENREGISTRER LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER.)</p> <p>NON ..... 2</p>	601
561	<p>Combien de fois (NOM DE 557) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

**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	→ 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	→ 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	→ 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 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/>   En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? </div> <div> MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>   Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? </div> </div>	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"/>	
612	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	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 <sup>ère</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 628

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
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.</p> <p>S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A .... JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A .... SEMAINES ... 2</p> <p>IL Y A .... MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A .... ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>→ 627</p>								

		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 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																																						
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 CLIENT/PROSTITUÉ 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 CLIENT/PROSTITUÉ 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 CLIENT/PROSTITUÉ 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 622) ←																																																																								
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS (PASSEZ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS (PASSEZ À 622) ←	MARIÉE MARIÉE UNE PLUS SEULE D'UNE FOIS FOIS (PASSEZ À 622) ←																																																																								
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE (PASSEZ À 623)	1 <sup>re</sup> FOIS QUAND ELLE A COMMENCÉ À VIVRE AVEC 1 <sup>er</sup> MARI AUTRE (PASSEZ À 623)																																																																								
622	Il y a combien de temps que vous avez eu <b>vos premiers</b> rapports sexuels avec (cette seconde/troisième personne) ?	IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																									IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																									IL Y A... JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... SEMAINE 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A... ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																								



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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 PARTENAIRES 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	<p>OUI NON</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1 2</p> <p>HOMMES ADULTES ..... 1 2</p> <p>FEMMES ADULTES ..... 1 2</p>	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms masculins ?	<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><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTE ..... C</p> <p>CLINIQUE PF ..... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>ONG ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT ..... N</p> <p>KIOSQUE ..... O</p> <p>TABLIER ..... P</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... Q</p> <p><b>AUTRE</b> ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms masculins si vous le souhaitiez ?	<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><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... B</p> <p>POSTE DE SANTE ..... C</p> <p>CLINIQUE PF ..... D</p> <p>RELAIS COMMUNAUTAIRE ..... E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>ONG ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT ..... N</p> <p>KIOSQUE ..... O</p> <p>TABLIER ..... P</p> <p>AMIS/CONNAISSANCES/PARENTS ..... Q</p> <p><b>AUTRE</b> ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
634	<p>Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms féminins si vous le souhaitiez ?</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 À
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 avoir 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 À
709	<p>VÉRIFIEZ 704 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE VEUT PLUS D'ENFANT/AUCUN</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p style="width: 45%;">Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas avoir (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p style="width: 45%;">Vous avez dit que vous ne vouliez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> <p>Y a-t-il une autre raison ?</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p><b>PAS MARIÉE</b> ..... A</p> <p><b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>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><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE N</p> <p><b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b></p> <p>EFFETS SECONDAIRES/PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PAS ACCESSIBLE /TROP LOIN ... P</p> <p>TROP CHÈRE ..... Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE 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><b>AUTRE</b> ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p><b>NE SAIT PAS</b> ..... Z</p>	
710	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>PAS POSÉE</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>OUI, UTILISE ACTUELLEMENT</p> <p><input type="checkbox"/></p> </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> <p><input type="checkbox"/></p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'ENFANTS VIVANTS</p> <p><input type="checkbox"/></p> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p style="width: 45%;">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 style="width: 45%;">Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> <p style="margin-top: 20px;">INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 714</p> <p>→ 714</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
713	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 ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> <p>GARÇONS</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> <p>FILLES</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> <p>N'IMPORTE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div> <p>NOMBRE</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
714	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>Lu quelque chose sur la planification familiale dans les journaux ou magazines ?</p>	<div style="text-align: right; margin-bottom: 5px;">OUI NON</div> <p>RADIO ..... 1 2</p> <p>TÉLÉVISION ..... 1 2</p> <p>JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2</p>	
716	<p>VÉRIFIEZ 601 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> <div> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> <div> <p>NON, PAS EN UNION</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> </div>	→ 801	
717	<p>VÉRIFIEZ 303 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div> <p>UTILISE ACTUELLEMENT</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> <div> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU PAS POSÉE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> </div>	→ 720	
718	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1</p> <p>DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ... 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE ..... 3</p> <p>AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)</p>	
719	<p>VÉRIFIEZ 304 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div> <p>NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> <div> <p>LUI OU ELLE STÉRILISÉ</p> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block; margin-top: 5px;"></div> </div> </div>	→ 801	
720	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	<p>MÊME NOMBRE ..... 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS ..... 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

**SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
801	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>→ 803</span> <span>→ 807</span> </div>	
802	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <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'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
805	Quelle est la (classe/année) la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
806	<p>VÉRIFIEZ 801 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME</p> <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME</p> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 10px;"> <p>Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?</p> <p>Quelle était l'occupation de votre (dernier) (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail faisait-il principalement ?</p> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	
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 ?	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 150px;"></div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	
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 À																												
823	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE ..... 1 CONJOINTEMENT ..... 2 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 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> <tr> <th></th><th>PRES./</th><th>PRES./</th><th>PAS</th></tr> <tr> <th></th><th>ÉCOUTE</th><th>ÉCOUTE</th><th>PRES.</th></tr> <tr> <th></th><th></th><th></th><th>PAS</th></tr> <tr> <td>ENFANTS &lt; 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> </table>		PRES./	PRES./	PAS		ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.				PAS	ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3	
	PRES./	PRES./	PAS																												
	ÉCOUTE	ÉCOUTE	PRES.																												
			PAS																												
ENFANTS < 10	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
826	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> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> <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>REFUSE 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> </table>		OUI	NON	NSP	SORT SANS LUI DIRE	1	2	8	NÉGLIGE ENFANTS	1	2	8	ARGUMENTE	1	2	8	REFUSE 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																												
REFUSE 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 ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table border="0"> <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																
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"/> _____ DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2011 <input type="checkbox"/> _____ DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2011 <input type="checkbox"/> _____		→ 926 → 926																
912	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN SOIN PRÉNATAL <input type="checkbox"/> _____		→ 920																
913	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRES 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 ? Des choses qu'on peut faire pour ne pas contracter le sida ? Effectuer un test du virus du sida ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SIDA DE LA MÈRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>TEST</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE	1	2	8	CHOSSES À FAIRE	1	2	8	TEST	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
SIDA DE LA MÈRE	1	2	8																
CHOSSES À FAIRE	1	2	8																
TEST	1	2	8																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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.  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)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... 12 CENTRE CDV AUTONOME ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CENTRE CDV MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/POLYCLINIQUE MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CDV MOBILE ..... 22 CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... 23 CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES ..... 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) <b>AUTRE</b> ..... 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 : N'IMPORTE QUEL CODE <input type="text"/> AUTRE <input type="text"/> 21-36 ENCERCLÉ ↓		→ 926
921	Entre le moment où vous êtes 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 le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 927

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
925	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	→ 932
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 A .....MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS ..... 95	
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)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... 11 CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... 12 CENTRE CDV AUTONOME ..... 13 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 14 CENTRE CDV MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 CENTRE DE TRAITEMENT ..... 17 AMBULATOIRE (CTA) ..... AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 _____ (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/POLYCLINIQUE ..... MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CDV MOBILE ..... 22 CENTRE DE TRAITEMENT ..... 23 AMBULATOIRE (CTA) ..... CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES ..... 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ) <b>AUTRE</b> ..... 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 À
931	<p>Où est-ce ?</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>Pas d'autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL ..... A</p> <p>CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... B</p> <p>CENTRE CDV AUTONOME ..... C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D</p> <p>CENTRE CDV MOBILE ..... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... F</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT</p> <p>AMBULATOIRE (CTA) ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/POLYCLINIQUE</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CENTRE CDV MOBILE ..... J</p> <p>CENTRE DE TRAITEMENT</p> <p>AMBULATOIRE (CTA) ..... K</p> <p>CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES ..... L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 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> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <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> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <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> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
938	<p>VÉRIFIEZ 613 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 946

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
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 ?  INSISTER 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/ NOM DES ENDROITS)  Pas d'autre endroit ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL ..... A CENTRE/POSTE DE SANTÉ ..... B CENTRE CDV AUTONOME ..... C CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... D CENTRE CDV MOBILE ..... E AGENT DE SANTÉ ..... F CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... G AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H (PRÉCISEZ) <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/POLYCLINIQUE MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE CDV MOBILE ..... J CENTRE DE TRAITEMENT AMBULATOIRE (CTA) ..... K CENTRE D'ENCADREMENT DE JEUNES ..... L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISEZ) <b>AUTRE</b> ..... 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 (une autre femme/d'autres femmes que son épouse/ses épouses) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
948	VÉRIFIEZ 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> PAS EN UNION <input type="checkbox"/> </div>		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 eues ?</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	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>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
1004	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1006
1005	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1005A	La dernière fois que vous avez acheté des cigarettes pour votre usage personnel, combien de cigarettes avez-vous achetées ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1005B	<p>Au total, combien avez-vous dépensé pour cet achat ?</p> <p>MONTANT EN FRANCS CONGOLAIS</p>	PRIX ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1006	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1007B



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1007	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PIPE ..... A TABAC À MACHER ..... B TABAC À PRISER ..... C TABAC NATUREL ENROULÉ À LA MAIN ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 1007C															
1007A	Consommez-vous actuellement du tabac sans fumée tous les jours, moins d'une fois par jour ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR JOUR ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																
1007B	VÉRIFIEZ 1004 ET 1006 :  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 1007D															
1007C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous essayé d'arrêter de fumer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																
1007D	Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé à l'intérieur des locaux où vous travaillez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE TRAVAILLE PAS ..... 6 NSP ..... 8																
1008	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 constitue, pour vous, un problème important ou non ?  Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?  Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?  La distance pour atteindre l'établissement de santé ?  Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <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	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101A															
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)																

# SECTION 11. MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1101A	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101H
1101B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101C	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101D	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101H
1101G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eus dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101H	ADDITIONNER LES RÉPONSES À 1101B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1101I	VÉRIFIER 1101H :  Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1101A - 1101H COMME IL SE DOIT.		
1102	VÉRIFIER 1101H :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> → 1201		
1103	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

Maintenant je voudrais faire la liste de tous vos frères et sœurs, qu'ils/elles soient encore en vie ou non, en partant du plus âgé. NOTER LE NOM DE TOUS LES FRÈRES ET SŒURS.							
1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1105	(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
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [2]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [3]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [4]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [5]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [6]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [7]
1107	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]
1108	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"/>
1109	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]
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2
1112	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
1113	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 SŒUR, ALLER À 1201							

1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1105	(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
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1108 NSP .... 8 ALLER À [13]
1107	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]
1108	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"/>
1109	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]
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1113 NON ... 2
1112	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
1113	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1201							

## SECTION 12. DÉVELOPPEMENT ET ÉVEIL DE L'ENFANT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																
1201	<p>VÉRIFIER LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE :</p> <p>LE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR UNE ENQUÊTE HOMME; LES TESTS ANÉMIE, PALUDISME, VIH, COUVERTURE VACCINALE ET MESURES ANTHROPOMETRIQUES</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		1336																
1201A	<p>VERIFIER Q.217 ET 218:</p> <p>UN ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS VIT-IL DANS CE MÉNAGE (217=0 À 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ?</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		1300																
1202	<p>VERIFIER Q.217:</p> <p>SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT AYANT ENTRE 0-4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM DU PLUS JEUNE ENFANT _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFANT DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																		
1203	Maintenant, je voudrais vous poser des questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE Q.1202), votre plus jeune enfant de 0-4 ans																		
1203A	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	1204																
1203B	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas un acte de naissance ?	<p>COÛTE TROP CHER ..... 1</p> <p>C'EST TROP LOIN ..... 2</p> <p>NE VOULAIT PAS PAYER LES FRAIS ..... 3</p> <p>FRAIS ILLEGAUX PERÇUS PAR LES AGENTS ..... 4</p> <p>ACTE DE NAISSANCE PAS REMIS AUX PARENTS ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS OÙ LE FAIRE ..... 6</p> <p>AUTRE ..... 7</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISER)</p> <p>NSP ..... 8</p>	1204																
1204	Combien de livres d'enfants ou de livres d'images avez-vous pour (NOM) ?	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE DE LIVRES D'ENFANT <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DIX LIVRES OU PLUS ..... 10</p>																	
1205	<p>Je voudrais savoir quels objets (NOM) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison.</p> <p>Est-ce qu'il/elle joue avec :</p> <p>a) des jouets fabriqués à la maison (comme des poupées, voitures ou autres jouets fabriqués à la maison) ?</p> <p>b) des jouets d'un magasin ou des jouets d'un fabricant ?</p> <p>c) Objets du ménage (comme des cuvettes ou casseroles), ou des objets trouvés dehors (comme des bâtons, pierres, animaux, coquilles ou feuilles) ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ(E) DIT "OUI" À UNE DES CATÉGORIES CI-DESSUS, INSISTEZ POUR SAVOIR PRÉCISEMENT AVEC QUOI L'ENFANT JOUE POUR ÊTRE SÛR DE LA RÉPONSE.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>JOUETS DE MAGASIN ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> <tr> <td>OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS ..... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON ..... 1	2	8		JOUETS DE MAGASIN ..... 1	2	8		OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS ..... 1	2	8		
	OUI	NON	NSP																
JOUETS FABRIQUÉS À LA MAISON ..... 1	2	8																	
JOUETS DE MAGASIN ..... 1	2	8																	
OBJETS DU MÉNAGE OU OBJETS DU DEHORS ..... 1	2	8																	
1206	<p>Parfois les adultes qui s'occupent des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, faire la lessive, ou pour d'autres raisons et doivent laisser les jeunes enfants.</p> <p>Au cours de la semaine passée, combien de jours (NOM) a-t-il/elle été :</p> <p>a) laissé seul(e) pendant plus d'une heure ?</p> <p>b) laissé à la garde d'un autre enfant (c'est-à-dire quelqu'un de moins de 10 ans) pendant plus d'une heure ?</p> <p>SI 'JAMAIS', 'INSCRIVEZ '0'. SI 'NE SAIT PAS', INSCRIVEZ '8'</p>	<p>NOMBRE DE JOURS LAISSE SEUL PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE JOURS LAISSE AVEC UN ENFANT PENDANT PLUS D'UNE HEURE <input type="text"/></p>																	
1207	<p>VERIFIER Q.217 ET 218:</p> <p>UN ENFANT DE 3 OU 4 ANS VIT-IL DANS CE MÉNAGE (217=3 OU 4 ANS RÉVOLUS ET 218=1) ?</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		1300																
1208	<p>VERIFIER 217:</p> <p>SÉLECTIONNER LE PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS, INSCRIVEZ SON NOM ET SON NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>NOM DU PLUS JEUNE ENFANT DE 3 OU 4 ANS DE Q. 212 _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PLUS JEUNE ENFANT DE Q. 219 <input type="text"/> <input type="text"/></p>																		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																			
1209	Maintenant, je voudrais vous poser les questions à propos de (NOM DE L'ENFANT DE Q.1208), votre plus jeune enfant âgé de 3-4 ans.																																					
1210	(NOM) suit-il/elle un programme d'éducation préscolaire ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	1212																																			
1211	Au cours des sept derniers jours, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	NOMBRE D'HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																				
1212	Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de plus de 15 ans, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>MÈRE</th><th>PÈRE</th><th>AUTRE PERSONNE</th><th>PERSO NNE</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> <tr> <td>b) Raconter des histoires à (NOM) ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> <tr> <td>c) Chanter des chansons à (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> <tr> <td>d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> <tr> <td>e) Jouer avec (NOM) ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> <tr> <td>f) Passer du temps avec (NOM) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?</td><td>A</td><td>B</td><td>X</td><td>Y</td></tr> </tbody> </table>		MÈRE	PÈRE	AUTRE PERSONNE	PERSO NNE	a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ?	A	B	X	Y	b) Raconter des histoires à (NOM) ?	A	B	X	Y	c) Chanter des chansons à (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ?	A	B	X	Y	d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?	A	B	X	Y	e) Jouer avec (NOM) ?	A	B	X	Y	f) Passer du temps avec (NOM) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	A	B	X	Y	
	MÈRE	PÈRE	AUTRE PERSONNE	PERSO NNE																																		
a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ?	A	B	X	Y																																		
b) Raconter des histoires à (NOM) ?	A	B	X	Y																																		
c) Chanter des chansons à (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ?	A	B	X	Y																																		
d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ?	A	B	X	Y																																		
e) Jouer avec (NOM) ?	A	B	X	Y																																		
f) Passer du temps avec (NOM) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	A	B	X	Y																																		
1213	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1214	Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1215	Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1216	Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1217	Est-ce qu'il arrive parfois que (NOM) soit trop malade pour jouer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1218	Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions pour faire quelque chose correctement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1219	Quand on donne quelque chose à faire à (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1220	Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1221	Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				
1222	Est-ce que (NOM) est facilement distrait ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8																																				

### SECTION 13: VIOLENCES DOMESTIQUES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																			
1300	<p>VÉRIFIEZ LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE :</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/></p> <p>POUR CETTE SECTION <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/></p>		1336																																			
1301	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES :</p> <p>NE PAS CONTINUER TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1</p> <p>IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2</p>		1335																																			
	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes en République Démocratique du Congo. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions.</p>																																					
1302	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		1316																																			
1303	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ?</p> <p>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</p> <p>b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</p> <p>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX .....	1	2	8	ACCUSE .....	1	2	8	VOIR AMIES .....	1	2	8	VOIR FAMILLE .....	1	2	8	OÙ VOUS ÊTES .....	1	2	8												
	OUI	NON	NSP																																			
JALOUX .....	1	2	8																																			
ACCUSE .....	1	2	8																																			
VOIR AMIES .....	1	2	8																																			
VOIR FAMILLE .....	1	2	8																																			
OÙ VOUS ÊTES .....	1	2	8																																			
1304	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire).</p> <p>A 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>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</p> <p>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				b) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				c) OUI	1 →	1	2	3	NON	2 ↓				
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																		
a) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
b) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					
c) OUI	1 →	1	2	3																																		
NON	2 ↓																																					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																							
1305	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>SOUVENT</th><th>TEMPS EN TEMPS</th><th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	b) vous gifle ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	<p>B Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	
	DÉJÀ ARRIVÉ	SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
b) vous gifle ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3																																																						
1306	<p>VÉRIFIEZ 1305A (a-j) :</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		1309																																																							
1307	<p>Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE ..... 95</p>																																																								
1308	<p>Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir :</p> <p>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</p> <p>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</p> <p>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>																																																								



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À															
1309	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pieds ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1311															
1310	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3																
1311	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1313															
1312	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 JAMAIS ..... 3																
1313	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS ..... 1 PARFOIS PEUR ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3																
1314	VÉRIFIEZ 609 : MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS                      UNE FOIS		→ 1316															
1315	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p><b>A</b> Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) .</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p><b>B</b> Il y a combien de temps que cela s'est produit ?</p> </div> </div> <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>IL Y A 0-11 MOIS</th><th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th><th>NE SE SOUVIENT PAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td><td>OUI 1 → NON 2 ↓</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td><td>OUI 1 → NON 2</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>				DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 → NON 2	1	2	3
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS														
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 → NON 2 ↓	1	2	3														
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 → NON 2	1	2	3														

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1316	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battue, giflée, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battue, giflée ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	→ 1319
1317	<p>Qui vous a agressée de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... A</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... B</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... C</p> <p>FILLE/FILS ..... D</p> <p>AUTRE PARENT ..... E</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... F</p> <p>PETIT AMI PRÉCÉDENT ..... G</p> <p>BELLE-MÈRE ..... H</p> <p>BEAU-PÈRE ..... I</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... J</p> <p>ENSEIGNANT ..... K</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . L</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... M</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
1318	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	<p>SOUVENT ..... 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>	
1319	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 230)</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></p> </div> </div>		→ 1322
1320	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1322
1321	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... D</p> <p>FILLE/FILS ..... E</p> <p>AUTRE PARENT ..... F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... I</p> <p>BELLE-MÈRE ..... J</p> <p>BEAU-PÈRE ..... K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... L</p> <p>ENSEIGNANT ..... M</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL . N</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... O</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1322	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		1324
1323	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire).</p> <p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	1325 1327
1324	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3</p>	1329
1325	<p>Quelle est la personne qui vous a forcée à ce moment-là ?</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... 01</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... 02</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... 03</p> <p>PÈRE/BEAU-PÈRE ..... 04</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... 05</p> <p>AUTRE PARENT ..... 06</p> <p>BEAU-PARENT ..... 07</p> <p>AMI/RENCONTRE ..... 08</p> <p>AMI DE LA FAMILLE ..... 09</p> <p>ENSEIGNANT ..... 10</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... 11</p> <p>POLICE/SOLDAT ..... 12</p> <p>PRÊTRE/RELIGIEUX ..... 13</p> <p>INCONNU ..... 14</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>PRÉCISEZ</p>	
1326	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcée physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcée physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	1328
1327	<p>VÉRIFIER 1305A (h-j) ET 1315A (b)</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		1329

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
1328	<p>VÉRIFIEZ 601 ET 602 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> </div> </div>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																	
1329	<p>VÉRIFIEZ 1305A (a-j), 1315A (a,b), 1316, 1320, 1323 ET 1324 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN 'OUI'</p> <p style="text-align: center;">↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS UN SEUL 'OUI'</p> <p style="text-align: center;">↓</p> </div> </div>		→ 1333																
1330	Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1332																
1331	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE ..... A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE ..... B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C</p> <p>PÉTIT AMI ACTUEL /ANCIEN ..... D</p> <p>AMI ..... E</p> <p>VOISIN ..... F</p> <p>RELIGIEUX ..... G</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ ..... H</p> <p>POLICE ..... I</p> <p>HOMME DE LOI ..... J</p> <p>SERVICE SOCIAL ..... K</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	→ 1333																
1332	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>																	
1333	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>																	
REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																			
1334	<p>AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?</p>	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI 1 FOIS</th><th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE .....	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI .....	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE .....	1	2	3																
FEMME ADULTE .....	1	2	3																
1335	<p>COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																		
1336	ENREGISTRER L'HEURE.	<p>HEURE ..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p> <p>MINUTES ..... <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span></p>																	

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'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

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