

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSM 2019-2021)
 QUESTIONNAIRE FEMME

RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE DE MAURITANIE
 OFFICE NATIONAL DE LA STATISTIQUE

IDENTIFICATION								
WILAYA	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
MOUGHATAA	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
COMMUNE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____								
NUMÉRO DE L'UNITE PRIMAIRE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
NUMÉRO DE L'UNITE SECONDAIRE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
NUMÉRO DU MÉNAGE	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:								
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON)								
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>							
VÉRIFIEZ LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE DVH01 : FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE DV ? (1=OUI, 2=NON)								
VISITES D'ENQUÊTRICES								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR				
				MOIS				
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE				
				No				
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ENQUÊTE				
				RÉSULTAT*				
PROCHAIN DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES				
HEURE	_____	_____		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>				
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; text-align: center;">2</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"></table>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 ARABE 04 SONINKÉ 96 AUTRE 02 FRANÇAIS 05 WOLOF _____ 03 POULAR (PRÉCISEZ)								
CHEF D'ÉQUIPE								
_____				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td><td style="width: 25%;"></td></tr> </table>				
NOM				NUMÉRO				

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'Office National de la Statistique. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets en Mauritanie. Les informations que nous collectons aideront notre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à questions 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 à me poser ?
 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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA WILAYA, MOUGHATAA DE COMMUNE ACTUELLE DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<input type="checkbox"/> → 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans un chef lieu d'une wilaya, dans un chef lieu d'une moughataa ou en zone rurale ?	CHEF LIEU D'UNE WILAYA/GRANDE VILLE ... 1 CHEF LIEU D'UNE MOUGHATAA/PETITE VILLE ... 2 ZONE RURALE 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle wilaya est-ce que vous viviez ?	HODH CHARGHY 01 HODH GHARBY 02 ASSABA 03 GORGOL 04 BRAKNA 05 TRARZA 06 ADRAR 07 DAKHLET NOUADHIBOU 08 TAGANT 09 GUIDIMAGHA 10 TIRIS ZEMMOUR 11 INCHIRI 12 NOUAKCHOTT 13 EN DEHORS DE LA MAURITANIE 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
107	Maintenant je vais vous poser des questions sur votre niveau d'instruction. D'abord je vais parler du système formel et après je vais parler de l'école coranique ou mahadra. Êtes-vous allé à l'école formelle ?	OUI 1 NON 2	→ 109A

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (ANCIEN SYSTEME) 2 SECONDAIRE (NOUVEAU SYSTEME) 3 SUPÉRIEUR 4	
109	Quelle 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'.	ANNÉE/CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
109A	Êtes-vous allé à l'école coranique ou mahadra?	OUI 1 NON 2	
110	VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU SECONDAIRE <input type="checkbox"/> OU QUESTION PAS POSÉE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →	113
111	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 UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
112	VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ →	114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine (y compris le support électronique) 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	
114	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	
115	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	
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI 1 NON 2	→ 201
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 201
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ 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	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI 1 NON 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI 1 NON 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </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 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .											
212	213	214	215	216	217	218	219	220	220A	220B	221
Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?	Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?	(NOM) est-il/elle encore en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	VERIFIEZ 215: ANNÉE DE NAISSANCE ENTRE 2014 ET 2020 ? [2016 ET 2021]* ?	De combien de mois étiez-vous enceinte quand (NOM) est né(e) ? Y COMPRIS LE MOIS DE NAISSANCE	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 ?
INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.					INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .						
01	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 220A)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (NAISSANCE SUIVANTE)	<input type="text"/>	
02	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 220A)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 221)	<input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
03	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 220A)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 221)	<input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
04	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 220A)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	YES 1 NON 2 (ALLEZ À 221)	<input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)
05	GAR. 1 FILLE 2	SIMP. 1 MULT 2	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI 1 NON 2	NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> (ALLEZ À 220A)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 221)	<input type="text"/>	OUI 1 (AJOUT. NAIS.) NON 2 (NAIS. SUIV.)

NOTE: le signe (*) indique la période ou l'année selon la phase de collecte des données.

[2014 ET 2020] correspond à la phase 2019-20 et [2016 ET 2021] correspond à la phase 2021.

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2	
223	COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←		
224	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2014 - 2020 [2016 - 2021]*	NOMBRE DE NAISSANCES: <input type="text"/> AUCUNE 0	→ 226
225	C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2014 - 2020 [2016 - 2021]*, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, VÉRIFIEZ Q220B POUR LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 230
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2	→ 230
229	VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 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	→ 239
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 2014-2020 [2016-2021]* <input type="checkbox"/>	DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2013 [2015]* OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/>	→ 234 → 239
	NOTE: le signe (*) indique la période ou l'année selon la phase de collecte des données. [2014 - 2020] correspond à la phase 2019-20 et [2016 - 2021] correspond à la phase 2021.		

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
LINE NO.	233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	235 Depuis janvier 2014 [2016]*, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante
01		<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
02	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
03	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236
04	<input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	<input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS	OUI 1 } → 236 NON 2 }
236	<p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2014-2020 [2016-2021]* OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p>		
237	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2014 [2016]* et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI 1 NON 2	→ 239
238	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2014 [2016]* ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
239	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
240	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 ?	OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 242
241	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8	
242	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
	NOTE: le signe (*) indique la période ou l'année selon la phase de collecte des données. [2014 - 2020] correspond à la phase 2019-20 et [2016 - 2021] correspond à la phase 2021.		

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
242A	Êtes-vous actuellement mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ..... 1	→ 301
		NON 2	
242B	Avez-vous déjà été mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1	→ 301
		NON 2	
242C	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve ou divorcée ?	VEUVE 1	
		DIVORCÉE 2	

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale/espacement, 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 d'une (MÉTHODE) ?	
03	Sterilet ou DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs années.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	Préservatif masculin. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
08	Préservatif féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
09	Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
10	Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un Préservatif ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
11	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI 1 NON 2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
301A	VÉRIFIEZ 242A: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓	NON <input type="checkbox"/>	→ 401
302	VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 312
303	Est-ce que vous, ou votre mari, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 312
304	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F PRESERVATIF MASCULIN G PRESERVATIF FÉMININ H PILULE DIU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 309 → 309
305	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	MICROGYNON 01 MICROLUT 02 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	
309	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ? INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
310	VÉRIFIEZ 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 309 NON <input type="checkbox"/> ↓	OUI <input type="checkbox"/> ← RETOURNEZ À 309, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).	

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION PAPIER)

<p>311</p>	<p>VÉRIFIEZ 309:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ANNÉE EST 2014 - 2020 [2016 - 2021]* <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS EN REMONTANT JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>PUIS CONTINUEZ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNÉE EST 2013 [2015]* OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2014 [2016]*.</p> <p>PUIS</p> <p style="text-align: right;">┌</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 324) ←</p> </div> </div>
<p>312</p>	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre mari avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2014 [2016]*. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET P'RIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p> <p>C À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION DANS CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ? b) Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ? c) Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ? <p>C À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES POUR LA DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NOMBRES DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE LES NOMBRES D'INTERRUPTIONS D'UTILISATION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI UNE GROSSESSE A SUIVI, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR EN UTILISANT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ LA MÉTHODE POUR TOMBER ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES:</p> <ol style="list-style-type: none"> d) Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), ou avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ? e) SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI)

311	<p>VÉRIFIEZ 309:</p> <p>ANNÉE EST 2014 - 2020 [2016 - 2021]*</p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p>	<p>ANNÉE EST 2013 [2015]* OU PLUS TÔT</p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2014 [2016]*.</p> <p>ENSUITE (ALLEZ À 324)</p>		
312	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre mari avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2014 [2016]*. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>			
		COLONNE 1	COLONNE 2	COLONNE 3
312A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre mari utilisé une méthode de contraception ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p>
312C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>	CODE MÉTHODE ... <input type="text"/>
312D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>
312E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312H) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p>
312G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p>
312H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>
312I		RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.	RETOURNEZ À 312A DANS LE NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313.

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL MOIS AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 315
314	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 326
315	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRESERVATIF MASCULIN 07 PRESERVATIF FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHMI 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 326 → 323
316	Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CLINIQUE SR 13 CLINIQUE MOBILE 14 AGENT DE SANTÉ 15 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 16 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 17 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 AMIS/PARENTS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
317	VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 PRESERVATIF MASCULIN 07 PRESERVATIF FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96	→ 323 → 322 → 323

SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
325	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE SR 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ 15</p> <p>POSTE DE SANTE DU GOUVERNEMENT .. 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 17</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 327</p>
326	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale/espacement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
327	<p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 329</p>
328	<p>Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale/espacement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
329	<p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 401</p>
330	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale/espacement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2014-2020 [2016-2021]*	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2014-2020 [2016-2021]* <input type="checkbox"/> → 648
402	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2014-2020 [2016-2021]*. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés depuis 2014 [2016]*. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
403	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/>
404	À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI 1 (ALLEZ À 408) ← NON 2	OUI 1 (ALLEZ À 426) ← NON 2
406	VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ←	PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ←
407	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS998
408	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse avec (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ←	
409	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE C AUTRE PERSONNEL AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	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 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)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... C</p> <p>PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. D</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>																						
411	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																						
412	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																						
413	Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois :	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Vous a-t-on fait l'échographie?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Vous a-t-on pris le poids?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2	b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2	c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	1	2	d) Vous a-t-on fait l'échographie?	1	2	e) Vous a-t-on pris le poids?	1	2	f) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels ?	1	2	
	OUI	NON																						
a) Vous a-t-on pris la tension ?	1	2																						
b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?	1	2																						
c) Vous a-t-on prélevé du sang ?	1	2																						
d) Vous a-t-on fait l'échographie?	1	2																						
e) Vous a-t-on pris le poids?	1	2																						
f) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels ?	1	2																						
414	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>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																						
415	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																						
415A	COPIEZ DU CARNET DE CONSULTATION (VERIFIEZ QUE LE CARNET EST POUR CETTE GROSSESSE) ; SI RIEN SUR LE CARNET, METTEZ 0	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>CARTE PAS VUE 8</p>																						

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
416	VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ←	
417	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8	
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
419	VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ? b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'	IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/>	
420	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP.	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 423) ← NE SAIT PAS 8	
421	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar (3 comprimés) pour éviter le paludisme ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8	
424	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
425	Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ ... 2 AILLEURS 6	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE						
430	<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)</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p>						
431	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
432	<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 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p>						
433	<p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p>	<p>AVANT 1 APRÈS 2</p>	<p>AVANT 1 APRÈS 2</p>						
434	<p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>						
434A	<p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>	<p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p>						
434B	<p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p>	<p>CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> (ALLEZ À 449) ←</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
435	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 vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ←													
436	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UNE HEURE, INSCRIVEZ 00 EN HEURES. SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 539 1050 591"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 591 1050 642"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 642 1050 694"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998													
437	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)													
438	Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8													
439	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 1413 1050 1464"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 1464 1050 1516"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 1516 1050 1568"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____												
440	<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>PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													
440A	<p>Pendant que vous étiez dans l'établissement, avez-vous reçu des conseils sur la survie du nouveau-né à la maison concernant....</p> <p>a) Risque de froid? b) Soins du cordon ombilicale ? c) Allaitement exclusif?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) RISQUE 1 2 8 b) SOINS 1 2 8 c) ALLAITEMENT E 1 2 8</p>													
441	<p>Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ←</p>													
442	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>													
443	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>													

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
444	<p>Où a eu lieu l'examen ?</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)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							
445	<p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 457) ← NE SAIT PAS 8</p>							
446	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 1245 1050 1301"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 1301 1050 1357"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 1357 1050 1413"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
447	<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>PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
448	<p>Où a eu lieu l'examen 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)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p>							
449	<p>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 vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 453) ←</p>							
450	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" data-bbox="911 1272 1050 1323"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" data-bbox="911 1330 1050 1382"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="911 1388 1050 1440"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
451	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
452	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</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)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>							
453	<p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou un agent de santé communautaire a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 457) ← NE SAIT PAS 8</p>							
454	<p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1</p> <table border="1" data-bbox="911 1323 1050 1491"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2</p> <p>SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>							
455	<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>PROF. DE SANTÉ GYNECOLOGUE/MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																								
456	<p>Où a eu lieu le premier examen 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)</p>	<p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 PMI/CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p>																									
457	<p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SIGNES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON	1	2	8	b) TEMP	1	2	8	c) SIGNES	1	2	8	d) CONSEIL ALLAI- TEMENT ..	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) CORDON	1	2	8																								
b) TEMP	1	2	8																								
c) SIGNES	1	2	8																								
d) CONSEIL ALLAI- TEMENT ..	1	2	8																								
e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT ..	1	2	8																								
458	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1 (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 461) ←</p>																									
459	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 463) ←</p>																								
460	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	<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>																								
461	VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	<p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 463) ←</p>																									
462	Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	<p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ←</p>																									

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
463	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>		MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NE SAIT PAS 98		NE SAIT PAS 98	
464	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 466) ←		OUI 1	
		NON 2		NON 2	
465	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 470A) ←			
466	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>			
467	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			
468	VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 470A) ←		VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ←	
469	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2			
470	(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	
470A	Avez-vous déjà entendu parler du forfait obstétrical (programme 5 mille)?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 471) ← NE SAIT PAS 8			
470B	Avez-vous adhéré au forfait obstétrical pour la grossesse de (NOM) ?	OUI 1 (ALLEZ À 471) ← NON 2			
470C	Pour quelle raison principale n'avez-vous pas adhéré au forfait obstétrical ?	FO N'EXISTE PAS DANS LIEU DE RÉSIDENCE 01 COUT TROP ÉLEVÉ 02 ELOIGNEMENT/TRANSPORT 03 MAUVAISE QUALITÉ DES SERVICES DE SANTÉ 04 MARI/FAMILLE A REFUSÉ 05 NE VOIT PAS L'IMPORTANCE DE FO 06 NE CONNAIT PAS LE PROCESSUS DE FO 07 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98			
471		RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.		RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A.	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501A	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2016-2020 [2018-2021]*? UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> EN 2016-2020 [2018-2021]* ↓	AUCUNE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2016-2020 [2018-2021]*	→ 601
502A	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2016-2020 [2018-2021]*. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
503A	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 501B
504A	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507A → 507A
505A	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506A	VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511A
507A	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU .. 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VU:.... 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511A

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511A	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 524A → 525A
512A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
513A	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance ou au plus tard lors de sa première semaine de naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI, DANS LES 24 HEURES 1 OUI, DANS LA SEMAINE 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	
514A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517A
515A	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAIN 1 PLUS TARD 2	
516A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516A1	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes dans la bouche contre la polio, est-ce (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans la cuisse pour le/la protéger contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519A
518A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521A
520A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523A
522A	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras droit pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525A
524A	Pourquoi (NOM) n'a pas été vacciné ?	MANQUE D'INFORMATION IGNORE LA NECESSITE DE LA VACCINATION A A PEUR DE REACTION SECONDAIRE B MANQUE DE MOTIVATION NE FAIT PAS CONFIANCE À LA VACCINATION LES RUMEURS D OBSTACLES ELOIGNEMENT DU SITE DE VACCINATION E MAUVAIS ACCEUIL DANS LES SITES DE VACCINATION F RUPTURE DE STOCK DE VACCINATION . . G ATTENTE TROP LONGUE H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
525A	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Une poudre de multivitamines ? b) [CHOCOLATS/ PLUMPY'NUT] ?	OUI NON NSP a) POUDRE DE MULTIVITAMINES 1 2 8 b) [PLUMPY'NUT] 1 2 8	
526A	CONTINUEZ AVEC 501B.		

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2016-2020 [2018-2021]* D'AUTRES NAISSANCES EN 2016-2020 [2018-2021]* <input type="checkbox"/>	PLUS DE NAISSANCE EN 2016-2020 [2018-2021]* <input type="checkbox"/>	→ 601
502B	INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2016-2020 [2018-2021]*. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>		
503B	VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/>	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 526B
504B	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4	→ 507B → 507B
505B	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2	
506B	VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 511B
507B	Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU ... 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VI.... 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4	→ 511B

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
511B	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 524B → 525B
512B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
513B	Est-ce que dans les 24 heures après la naissance ou au plus tard lors de sa première semaine de naissance, (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI, DANS LES 24 HEURES 1 OUI, DANS LA SEMAINE 2 NON 3 NE SAIT PAS 8	
514B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517B
515B	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAIN 1 PLUS TARD 2	
516B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
516B1	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes dans la bouche contre la polio, est-ce (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans la cuisse pour le/la protéger contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 519B
518B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____	NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	
519B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521B
520B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
521B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523B
522B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras droit pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525B
524B	Pourquoi (NOM) n'a pas été vacciné ?	MANQUE D'INFORMATION IGNORE LA NECESSITE DE LA VACCINATION A A PEUR DE REACTION SECONDAIRE B MANQUE DE MOTIVATION NE FAIT PAS CONFIANCE À LA VACCINATION C LES RUMEURS D OBSTACLES ELOIGNEMENT DU SITE DE VACCINATION E MAUVAIS ACCEUIL DANS LES SITES DE VACCINATION F RUPTURE DE STOCK DE VACCINATION G ATTENTE TROP LONGUE H AUTRE X (PRÉCISEZ)	
525B	Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Une poudre de multivitamines ? b) [CHOCOLATS/ PLUMPY'NUT] ?	OUI NON NSP a) POUDRE DE MULTIVITAMINES 1 2 8 b) [PLUMPY'NUT] 1 2 8	
526B	VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2016-2020 [2018-2021]* AUTRES NAISSANCES EN 2016 - 2020 [2018-2021]* <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ←	PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2016-2020 [2018-2021]* <input type="checkbox"/>	→ 601

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

601	<p>VÉRIFIEZ 224:</p> <p>UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2014 - 2020 [2016 - 2021]* <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE EN 2014 - 2020 [2016 - 2021]* <input type="checkbox"/> → 648</p>		
602	<p>VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2014 - 2020 [2016 - 2021]*. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés depuis 2014. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).</p>		
603	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/>
604	DE 212 ET 216:	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>	<p>NOM _____</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 646) ←</p>
605	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 AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	<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>
607	Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	<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>
608	(NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? SI ELLE DEMANDE UNE DEFINITION, LA DIARRHÉE SE DEFINIT PAR L'EMISSION DE SELLES LIQUIDES 3 FOIS OU PLUS EN 24 HEURES	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
609	<p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OUI ↓ NON/ <input type="checkbox"/> PAS POSÉ ↓ </p> <p>a) 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 ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire 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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>
610	<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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE .. 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ 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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOU... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS. 8</p>
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
612	<p>Où avez-vous recherché 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 DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C EQUIPE MOBILE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MEDICAL I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C EQUIPE MOBILE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MEDICAL I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>
613	VÉRIFIEZ 612:	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>	<p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ENCERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) ←</p>
614	<p>Où avez-vous en premier recherché des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE								
		NOM _____			NOM _____								
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ?</p> <p>c) Un liquide maison préparé avec de l'eau, du sel, et du sucre ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p>		OUI	NON	NSP		OUI	NON	NSP				
		a) LIQUIDE SACHET	1	2	8	a) LIQUIDE SACHET ..	1	2	8				
		c) LIQUIDE MAISON ..	1	2	8	c) LIQUIDE MAISON ..	1	2	8				
		d) ZINC	1	2	8	d) ZINC	1	2	8				
616	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p>		OUI	NON	NE SAIT PAS		OUI	NON	NE SAIT PAS				
			1	2	8		1	2	8				
			(ALLEZ À 618) ←				(ALLEZ À 618) ←						
617	<p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>PERFUSION/ (IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>PERFUSION/ (IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>										
618	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	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8
			(ALLEZ À 620) ←				(ALLEZ À 620) ←						
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie (la fièvre), 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
620	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	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8
621	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8
			(ALLEZ À 623) ←				(ALLEZ À 623) ←						

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
622	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRANCHE SEULEMENT 1 NEZ SEULEMENT 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←	BRANCHE SEULEMENT 1 NEZ SEULEMENT 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ←
623	VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ←
624	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie (la fièvre et/ou la toux) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ←
625	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUV'T. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C EQUIPE MOBILE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MEDICAL I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L AUTRE SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUV'T. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C EQUIPE MOBILE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H CABINET MEDICAL I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L OTHER SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ)
626	VÉRIFIEZ 625:	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←	DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ←

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
627	Où avez-vous en premier recherché des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625.	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>
628	Combien de jours après le début de la maladie (la fièvre et/ou la toux), avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/>
629	Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie (la fièvre et/ou la toux), (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8
630	Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z	ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D QUININE COMPRIMÉS E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z
631	VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ←

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
632	VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ←	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ←
633	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
634	VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ←
635	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
636	VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ←
637	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
638	VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ←
639	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
640	VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642)	CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642)
641	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
642	VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644)	CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644)
643	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
644	VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646)	CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646)
645	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ?	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8	MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8
646		RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.	RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647.		

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
647	<p>VÉRIFIEZ 615(a), TOUTES LES COLONNES :</p> <p align="center"> AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET LEMLEIHA <input type="checkbox"/> </p>	<p align="center"> UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET LEMLEIHA <input type="checkbox"/> </p>	<p align="center">→ 649</p>
648	<p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé lemleiha (OU SACHETS DU SEL OU SACHET SRO) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
649	<p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2017-2020 [2019-2021]* VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center"> UN OU PLUS <input type="checkbox"/> </p> <hr/> <p> JOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLĪ </p>	<p align="center"> AUCUN <input type="checkbox"/> </p>	<p align="center">→ 701</p>

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
650	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) 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.		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 ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	d)	1	2	8
			NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU <input type="text"/>		
	e) Du lait en poudre pour bébé ? (comme Nursie) SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	e)	1	2	8
			NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUVRE <input type="text"/>		
	f) D'autres liquides ?	f)	1	2	8
	g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	g)	1	2	8
			NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/>		
	h) Une préparation commerciale d'aliments enrichis pour bébés comme Cérélac ?	h)	1	2	8
	i) Du pain, du riz, du couscous, des pâtes, bouillie d'avoine (Quaker) ou autres préparations à base de céréales ?	i)	1	2	8
	j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	j)	1	2	8
	k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ?	k)	1	2	8
	l) Des légumes à feuilles vert foncé ?	l)	1	2	8

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	m) Des mangues ou des melons ?	m) 1 2 8	
	n) D'autres fruits ou légumes ?	n) 1 2 8	
	o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ?	o) 1 2 8	
	p) De la viande, de boeuf, de la viande de chameau, 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 produits laitiers ?	t) 1 2 8	
	u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ?	u) 1 2 8	
	v) Des escargots ?	v) 1 2 8	
651	VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'v'): PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		→ 653
652	Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS) (PUIS CONTINUEZ AVEC 653) NON 2	→ 654
653	Combien de fois (NOM DE 649) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8	
654	La dernière fois que (NOM DE 649) a fait ses besoins, qu'avez-vous fait des excréments ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINE A JETÉ/RINSÉ 01 DANS TOILETTES OU LATRINE 02 A JETÉ/RINSÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 A JETÉ AUX ORDURES 04 A ENTERRÉ 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	VÉRIFIEZ 242A: NON <input type="checkbox"/> OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/>		→ 704
702	VÉRIFIEZ 242B: OUI, A ÉTÉ MARIÉE <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 802
703	VÉRIFIEZ 242C: VEUVE <input type="checkbox"/> DIVORCÉE <input type="checkbox"/>		→ 709 → 709
704	Est-ce que votre mari vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
705	ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
706	Est-ce que votre mari a d'autres épouses ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 709
707	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
708	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG <input type="text"/> <input type="text"/>	
709	Avez-vous été mariée une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
710	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari ? b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier mari. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 711A
711	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre mari pour la première fois ?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
711A	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓</p> <p>a) Quand vous vous êtes mariée, y'avait-il un lien de parenté entre vous et votre mari?</p> <p>b) Y'avait-il un lien de parenté entre vous et votre premier mari?</p>	<p>COUSIN DIRECT PATERNEL A</p> <p>COUSIN DIRECT MATERNEL B</p> <p>COUSIN ELOIGNÉ PATERNEL C</p> <p>COUSIN ELOIGNÉ MATERNEL D</p> <p>AUTRE PARENT E</p> <p>SANS PARENTÉ F</p>	
711B	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓</p> <p>a) Qui a choisi votre mari?</p> <p>b) Qui a choisi votre premier mari?</p>	<p>ENQUÊTÉE A CHOISI 1</p> <p>ENQUÊTÉE ET MARI SE SONT CHOISIS MUTUELLEMENT 2</p> <p>ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE 3</p> <p>FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI 4</p> <p>MARI OU SA FAMILLE A CHOISI 5</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI 6</p>	<p>→ 711D</p>
711C	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> SEULEMENT UNE FOIS ↓</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓</p> <p>a) Lorsqu'on a choisi votre mari, est-ce vous étiez d'accord pour vous marier avec cet homme?</p> <p>b) Lorsqu'on a choisi votre premier mari, est-ce vous étiez d'accord pour vous marier avec cet homme?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
711D	<p>VÉRIFIEZ 709:</p> <p>MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>MARIÉE <input type="checkbox"/> SEULEMENT UNE FOIS</p>		<p>→ 711F</p>
711E	<p>Comment s'est terminé votre premier mariage, par un veuvage ou par un divorce?</p>	<p>VEUVAGE 1</p> <p>DIVORCE 2</p>	<p>→ 712</p> <p>→ 711G</p>

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
711F	VÉRIFIEZ 703: ACTUELLEMENT DIVORCÉE <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT VEUVE OU QUESTION PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	712
711G	Quelle a été la principal raison de votre divorce (de votre premier mari)?	<p>DU POINT DE VUE DE LA FEMME</p> <p>MARIAGE SANS CONSENTEMENT DE LA FEMME 11</p> <p>MARIAGE PRÉCOCE/FEMME JEUNE MARIÉE À UN HOMME ÂGÉ 12</p> <p>MARI N'A PAS RESPECTÉ LE CONTRAT DU MARIAGE/IL CHERCHE UNE AUTRE FEMME 13</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE FEMME ET FAMILLE DU MARI 14</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE ÉPOUSES (MARIAGE POLYGAME) 15</p> <p>FEMME EST NÉGLIGÉE (MARIAGE POLYGAME) 16</p> <p>MARI NE LUI FAIT PAS D'ENFANTS 17</p> <p>MARI PAS ASSEZ D'ARGENT POUR SUBVENIR AUX BESOINS DU MENAGE 18</p> <p>FEMME VEUT RÉCUPÉRER SES BIENS 19</p> <p>DU POINT DE VUE DU MARI</p> <p>MÉSENTENTE ENTRE MARI ET FAMILLE DE LA FEMME 21</p> <p>PROBLÈMES SANTÉ DE L'HOMME 22</p> <p>FEMME NE LUI FAIT PAS D'ENFANTS 23</p> <p>MARI TROUVE QUE LA FEMME VEUT TROP D'ARGENT 24</p> <p>FEMME VEUT TRAVAILLER/TRAVAILLE 25</p> <p>AUTRES RAISONS</p> <p>MARI VIOLENT 31</p> <p>FEMME VIOLENTE 32</p> <p>ON NE S'ENTENDAIT PAS BIEN 33</p> <p>MARI ABSENT DE LONGUE DURÉE 34</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
712	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
713	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que 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. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p>	802
714	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	<p>IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENT C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDRO N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓ NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓ OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT → 813</p>		
812	<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>	
813	<p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓ AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) 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>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>AUCUN 00 → 815</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	
814	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>GARÇONS FILLES PEU IMPORTE</p> <p>NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
815	<p>Au cours des derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Entendu parler de la planification familiale/espacement de naissances à la radio ?</p> <p>b) Vu quelque chose sur la planification familiale/espacement de naissances à la télévision ?</p> <p>c) Lu quelque chose sur la planification familiale/espacement de naissances dans un journal ou magazine ?</p> <p>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale/espacement de naissances sur votre portable ?</p> <p>e) Lu quelque chose sur la planification familiale/espacement sur l'internet ?</p> <p>f) Vu quelque chose sur la planification familiale/espacement de naissances aux réseaux sociaux ?</p> <p>g) Entendu parler de la planification familiale/espacement de naissances à une autre moyenne ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> <p>a) RADIO 1 2</p> <p>b) TÉLÉVISION 1 2</p> <p>c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2</p> <p>d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2</p> <p>e) INTERNET 1 2</p> <p>f) RESEAUX SOCIAUX 1 2</p> <p>g) AUTRE 1 2</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
817	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓</p>	<p>NON, <input type="checkbox"/> PAS MARIE</p>	→ 901
818	<p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓</p>	<p>N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT</p> <p>PAS POSÉE <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 820</p> <p>→ 822</p>
819	<p>Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre mari ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1</p> <p>DÉCISION DU MARI 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	→ 822
820	<p>Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre mari ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ?</p>	<p>DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1</p> <p>DÉCISION DU MARI 2</p> <p>DÉCISION COMMUNE 3</p> <p>AUTRE 6</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
822	<p>Est-ce que votre mari veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?</p>	<p>MÊME NOMBRE 1</p> <p>PLUS D'ENFANTS 2</p> <p>MOINS D'ENFANTS 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/>	PAS <input type="checkbox"/> MARIÉE	→ 909
902	Quel âge avait votre mari à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUE <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre mari a fréquenté l'école formelle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 905A
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE (ANCIEN SYSTEME) 2 SECONDAIRE (NOUVEAU SYSTEME) 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8	→ 905A
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
905A	Est-ce que votre marie est allé à l'école coranique ou mahadra?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
906	Est-ce que votre mari a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre mari a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre mari ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	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	→ 913
911	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	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, pour votre compte, ou pour le secteur publique ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3 SECTEUR PUBLIQUE 4	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> ↓ PAS MARIÉE <input type="checkbox"/> → 925		
918	VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 921		
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre mari , ou conjointement vous et votre mari ?	ENQUÊTÉE 1 MARI 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
920	Diriez-vous que vous gagnez plus que votre mari , moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÉS LA MÊME CHOSE 3 MARI N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre mari gagne va être utilisé: vous, votre mari , ou conjointement vous et votre mari ?	ENQUÊTÉE 1 MARI 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI 3 MARI N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre mari , conjointement vous et votre mari ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6																									
925	Est-ce que vous possédez ce lieu d'habitation ou un autre lieu d'habitation seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 928																								
926	Est-ce qu'il y a un acte de propriété pour un lieu d'habitation que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																								
927	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEM 2 SEULE ET CONJOINTEMEN 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 931																								
929	Est-ce qu'il y a un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 931																								
930	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ PRES./N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1 2 3</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		PRES./ PRES./N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.	PAS PRES.	ENFANTS < 10	1 2 3		MARI	1 2 3		AUTRES HOMMES	1 2 3		AUTRES FEMMES	1 2 3											
	PRES./ PRES./N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.	PAS PRES.																									
ENFANTS < 10	1 2 3																										
MARI	1 2 3																										
AUTRES HOMMES	1 2 3																										
AUTRES FEMMES	1 2 3																										
932	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>a) Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>b) Si elle néglige les enfants ?</p> <p>c) Si elle argumente avec lui ?</p> <p>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>e) Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1042
1002	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH 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	
1003	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des Préservatifs au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Durant la grossesse ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
	b) Durant l'accouchement ?	a) DURANT LA GROSSESS 1 2 8	
	c) En allaitant ?	b) DURANT ACCOUCHE 1 2 8	
		c) EN ALLAITANT 1 2 8	
1009	VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →		→ 1011
1010	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1011	VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN 2019-2021 <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → DERNIÈRE NAISSANCE EN 2016 OU PLUS TOT <input type="checkbox"/> →		→ 1027 → 1027
1012	VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> →		→ 1020
1013	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES (RAPPEL DE CONSENTEMENT). AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
1014	Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé : a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ? b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ? c) Effectuer un test du VIH ?	<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>a) VIH DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) CHOSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) TEST DU VIH</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) VIH DE LA MÈRE	1	2	8	b) CHOSES À FAIRE	1	2	8	c) TEST DU VIH	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) VIH DE LA MÈRE	1	2	8																
b) CHOSES À FAIRE	1	2	8																
c) TEST DU VIH	1	2	8																
1015	Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ?	OUI 1 NON 2																	
1016	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI 1 NON 2	→ 1020																
1017	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 PMI/CENTRE DE SANTÉ/POLYCLINIQUE . . 12 EQUIPE MOBILE 13 POSTE DE SANTE 14 CLINIQUE SR 15 BANQUE DE SANC 16 INRSP 17 INHV 18 JOURNÉE MONDIALE DU VIH 19 AUTRE SECTEUR PUBLIC 20 _____ (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ/CABINET MÉDICAL 21 LABORATOIRE PRIVÉ 22 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE ONG 31 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																	
1018	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1020																
1019	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																	
1020	VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓		→ 1024																
1021	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
1022	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1024																
1023	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1025																
1024	VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 1027																

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1025	Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre	OUI 1 NON 2	→ 1028
1026	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? SI 24 MOIS OU PLUS, ENCERCLEZ <95>	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	→ 1033
1027	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1031
1028	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? SI 24 MOIS OU PLUS, ENCERCLEZ <95>	IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95	
1029	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1030	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 PMI/CENTRE DE SANTÉ/POLYCLINIQUE . . . 12 EQUIPE MOBILE 13 POSTE DE SANTE 14 CLINIQUE SR 15 BANQUE DE SANC 16 INRSP 17 INHV 18 JOURNÉE MONDIALE DU VIH 19 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 20 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE PRIVÉ/CABINET MÉDICAL 21 LABORATOIRE PRIVÉ 22 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE ONG 31 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	→ 1033
1031	Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1033

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1032	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>PMI/CENTRE DE SANTÉ/POLYCLINIQUE .. B</p> <p>EQUIPE MOBILE C</p> <p>POSTE DE SANTÉ D</p> <p>CLINIQUE SR E</p> <p>BANQUE DE SANC. F</p> <p>INRSP G</p> <p>INHV H</p> <p>JOURNÉE MONDIALE DU VIH I</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ/CABINET MÉDICAL K</p> <p>LABORATOIRE PRIVÉ L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1033	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1035
1034	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1035	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1036	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1037	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1038	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1039	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1040	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	<p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCOR 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	
1041	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPE 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1042	<p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA DU VIH OU DU SIDA</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1043	<p>VÉRIFIEZ 713:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> PAS POSÉE OU N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS RAPPORTS SEXUELS</p>		→ 1051
1044	<p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1045	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1046	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1047	<p>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 ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI')</p> <p>N'A PAS EU <input type="checkbox"/> D'INFECTION OU NE SAIT PAS</p>		→ 1051
1049	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1051

SECTION 10. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1050	<p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>PMI/CENTRE DE SANTÉ/POLYCLINIQUE B</p> <p>EQUIPE MOBILE C</p> <p>POSTE DE SANTE D</p> <p>CLINIQUE SR E</p> <p>BANQUE DE SANC. F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC G</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE PRIVÉ/CABINET MÉDICAL H</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>ONG J</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION K</p> <p>AUTOMÉDICATION L</p> <p>TRADIPRACTICIEN M</p> <p>GUÉRISSEURS N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1051	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 un Préservatif quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1052	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1053	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>NON MARIEE <input type="checkbox"/> → 1104</p>		
1054	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛF. 8</p>	
1055	Pourriez-vous demander à votre mari d'utiliser un Préservatif si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛF. 8</p>	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1104	Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1106
1105	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1106	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1108
1107	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CIGARETTES ÉLECTRONIQUES A MONEIJA B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS .. C PIPE À EAU/ CHICHA D SHEM E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1108	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de 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 ou n'est pas un		
	a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?	a) PERMISSION 1	2
	b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?	b) OBTENIR L'ARGENT 1	2
	c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?	c) DISTANCE 1	2
	d) Ne pas vouloir y aller seule ?	d) ALLER SEULE 1	2
1109	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI 1 NON 2	→ 1111
1110	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CNAM A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B FORFAIT OBSTETRICAL C MUTUELLE D AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1111	Avez vous fait un piercing ?	OUI 1 NON 2	→ 1113
1112	Avez vous fait le piercing dans une structure de soins ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1113	Avez vous fait la scarification ?	OUI 1 NON 2	→ 1115
1114	Avez vous fait la scarification dans une structure de soins ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES		
1115	VÉRIFIEZ 224: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2014-2020 [2016-2021]* <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> AUCUNE NAISSANCE EN 2014-2020 [2016-2021]* <input type="checkbox"/> </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: -10px;"> →1200 </div>		
1116	VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 1117 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 1118 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2014-2020 [2016-2021]*. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).		
1117	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES	DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/>
1118	DE 212 ET 216:	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 1123) ←	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 1123) ←
1119	Avez vous fait un piercing pour (NOM)?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1121) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1121) ← NE SAIT PAS 8
1120	Avez vous fait le piercing dans une structure de soins ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
1121	Avez vous fait la scarification pour (NOM) ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1123) ← NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1123) ← NE SAIT PAS 8
1122	Avez vous fait la scarification dans une structure de soins ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
1123		RETOURNEZ À 1117 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 1200.	RETOURNEZ À 1117 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 1200.

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1200	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1401
1201	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1202	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ 1206
1203	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
1204	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
1205	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle	OUI 1 NON 2	
1206	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1207	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	→ 1211
1208	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du	OUI 1 NON 2	
1209	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
1210	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
1211	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1213
1212	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	
1213	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 1215

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1214	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	
1215	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LE TYPE DE CANCER/TUMEUR) NON 2	→ 1217
1216	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
1217	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 1219
1218	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	
1219	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	→ 1221
1220	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	
1221	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON 2	→ 1223
1222	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1221) ?	OUI 1 NON 2	
1223	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	→ 1225
1224	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2	
1225	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1226	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1230

SECTION 12. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1227	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ? SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
1228	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGAT 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS 4 NE SAIT PAS 8	→ 1301 → 1301
1229	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1230	Est-ce que vous avez entendu parler du cancer du sein ?	OUI 1 NON 2	→ 1301
1231	Avez-vous déjà entendu parler de l'auto palpation du sein / ou des ganglions enflés autour du sein, notamment au creux de l'aisselle pour le diagnostic précoce du cancer de sein ?	OUI 1 NON 2	
1232	Avez-vous déjà subi une opération chirurgicale au cours des ces cinq dernières années ?	OUI 1 NON 2	→ 1301
1233	Quel type d'opération avez-vous eu ?	_____ _____ _____	

SECTION 13. EXCISION/MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À						
1301	Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique que l'on appelle l'excision. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI 1 NON 2	→ 1303						
1302	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2	→ 1401						
1303	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI 1 NON 2	→ 1309						
1304	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 1306						
1305	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8							
1306	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8							
1307	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	SEMAINES 1 MOIS 2 ANNÉES 3 NE SAIT PAS 98	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>						
1308	Qui a procédé à votre excision ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD 12 AUTRE TRADITIONNEL 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98							
1309	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 [2006]* OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 [2006]* OU PLUS <input type="checkbox"/>	→ 1316						

SECTION 13. EXCISION/MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

1309A	VÉRIFIEZ 213, 215 ET 216: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 [2006]* OU PLUS TARD. POSEZ LES QUESTIONS POUR TOUTES CES FILLES. COMMENCEZ PAR LA PLUS JEUNE. (S'IL Y A PLUS DE 3 FILLES, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).			
	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .			
1310	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 [2006]* OU PLUS TARD.	FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____	AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____
1311	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 1311 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1316)
1312	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
1312A	Qui a principalement pris la décision d'exciser (NOM)?	L'ENQUÊTÉE/LA MERE 1 LA GRANDE MERE .. 2 LA FAMILLE 3 NE SAIT PAS 8	L'ENQUÊTÉE/LA MERE 1 LA GRANDE MERE .. 2 LA FAMILLE 3 NE SAIT PAS 8	L'ENQUÊTÉE/LA MERE 1 LA GRANDE MERE .. 2 LA FAMILLE 3 NE SAIT PAS 8
1313	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
1314	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNEL... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITIONNEL... 12 AUTRE TRAD. _____ 16 (PRÉCISEZ) PROFESSIONNEL DE SANTÉ MÉDECIN 21 INFIRMIÈRE/ SAGE-FEMME .. 22 AUTRE PROFESSION DE SANTÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98
1315		RETOURNEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.	RETOURNEZ À 1311 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.	RETOURNEZ À 1311 À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1316.

SECTION 13. EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1316	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1317	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER 1 ABANDONNER 2 CELA DÉPEND 3 NE SAIT PAS 8	

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1401	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <table> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	k _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
b _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	l _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
c _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	m _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
d _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	n _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
e _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	o _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
f _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	p _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
g _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	q _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
h _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	r _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
i _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	s _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
j _____	<input type="text"/> <input type="text"/>	t _____	<input type="text"/> <input type="text"/>																																												
1402	<p>VÉRIFIEZ 1401:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p>		1404																																												
1403	<p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1404	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1405	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1406	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1407	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1401.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEUR . . <input type="text"/><input type="text"/></p>																																													

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1408	VÉRIFIEZ 1407: Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	_____ _____ _____ → VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1401 ET/OU 1407.	
1409	VÉRIFIEZ 1407: AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ	AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ	→ 1500
1410	Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ? ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.		
1411	Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES: <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1412	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1413 JUSQU'À 1424 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 6 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1414	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FEM. 2					
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1417 NSP 8 ALLEZ À (07)
1416	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> ALLEZ À (07)
1417	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>					
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423	<input type="text"/> SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 10 ANS, OU SI HOMME, ALLEZ À 1423
1418A	Est-ce que (NOM) est décédée dans une structure de santé ?	OUI 1 NON 2					
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI 1 ALLEZ À 1423 NON 2					
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	YES 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement	OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1423					
1422	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>					
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI 1 ALLEZ À (02) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (03) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (04) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (05) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (06) NON 2	OUI 1 ALLEZ À (07) NON 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06)	OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1500	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓	FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE	→ 1533
1501	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓	IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2	→ 1532
1501A	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : 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 Mauritanie. 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. 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.		
1502	VÉRIFIEZ 701 ET 702: ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> ↓	PRÉCÉDEMMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI) ↓	JAMAIS MARIÉE <input type="checkbox"/> → 1516
1503	Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) mari ?		
	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	JALOUX 1 2 8	
	b) Il vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?	ACCUSE 1 2 8	
	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	VOIR AMIES 1 2 8	
	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	VOIR FAMILLE 1 2 8	
	e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OÙ VOUS ÊTES 1 2 8	
	f) Il (vérifie/vérfiait) vos téléphone portable/messageries ?	VERIFIE TELEPHONE.. 1 1 8	

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																														
1504	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) mari . A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																															
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Vous a menacé de divorcer ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</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 dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	d) Vous a menacé de divorcer ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	TEMPS EN TEMPS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																												
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																												
b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																												
c) Vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																												
d) Vous a menacé de divorcer ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																												

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																												
1505	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																																													
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th></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>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</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>→</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>→</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>→</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>→</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</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</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</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</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	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'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	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	
	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	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																																										
i) vous force physiquement à pratiquer d'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	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																																										
1506	VÉRIFIEZ 1505A (a-j): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'	→ 1509																																																												
1507	Combien de temps après votre mariage avec (dernier) mari , cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'.	NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE #																																																													

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1508	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) mari, il vous est arrivé d'avoir : a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ? b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ? c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2 OUI 1 NON 2	
1509	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) mari alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1513
1510	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) mari : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1513	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) mari : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3	
1514	VÉRIFIEZ 709: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS		→ 1516
1515	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) mari. Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)) précédent(s). a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ? b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ? c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ? DÉJÀ ARRIVÉ IL Y A 0-11 MOIS IL Y A 12 MOIS OU PLUS NE SE PAS	

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1516	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) mari vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?</p> <p>b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3</p>	→ 1519
1517	<p>Qui vous a agressé 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>BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) F</p> <p>BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) G</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT H</p> <p>ENSEIGNANT I</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL J</p> <p>POLICIER/SOLDAT K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
1518	<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>	
1519	<p>VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓</p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		→ 1522
1520	<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>	→ 1522

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1521	<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>	MARI ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT F ANCIEN MARI G BELLE-MÈRE (MÈRE DU MARI) ... H BEAU-PÈRE (PÈRE DU MARI) I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICIER/SOLDAT M AUTRE _____ X (SPECIFY)	
1522	VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE <input type="checkbox"/>		→ 1522B
1522A	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 . À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1523 → 1524A
1522B	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1526
1523	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	MARI ACTUEL 01 ANCIEN MARI 02 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI/CONNAISSANCE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICIER/SOLDAT 12 INCONNU 14 AUTRE _____ 96 (SPECIFY)	

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1524	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) mari vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1525
1524A	<p>VÉRIFIEZ 1505A (i-j) ET 1515A(b):</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1526
1525	<p>VÉRIFIEZ 701 AND 702:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>JAMAIS MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> <p>b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS #</p>	
1526	<p>VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B:</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1530
1527	<p>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>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 1529
1528	<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 B</p> <p>MARI ACTUEL/ANCIEN C</p> <p>AMIE D</p> <p>VOISIN E</p> <p>RELIGIEUX F</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ G</p> <p>POLICE H</p> <p>GENDARMERIE I</p> <p>HOMME DE LO J</p> <p>SERVICE SOCIAL K</p> <p>ONG L</p> <p>AUTRE X</p> <p>(SPECIFY)</p>	→ 1530

SECTION 15. MODULE VIOLENCE DOMESTIQUE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
1529	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																	
1530	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																	
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.																			
1531	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 ?	<table> <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																
1532	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																		
1533	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... MINUT.....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP.

- N NAISSANCES
- G GROSSESSES
- F FIN DE GROSSESSE
- 0 AUCUNE MÉTHODE

- 3 DIU
- 4 INJECTABLES
- 5 IMPLANTS
- 6 PILULE
- 7 PRESERVATIF MASCULIN
- 8 PRESERVATIF FÉMININ
- 9 PILULE DU LENDEMAIN
- J MÉTHODE DES JOURS FIXES
- K MÉTHODE DE L'AMÉNORRÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
- L MÉTHODE DU RYTHME

- M RETRAIT
- X AUTRE MÉTHODE MODERNE
- Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

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

(PRÉCISEZ)

- Z NE SAIT PAS

PHASE 1 DE LA COLLECE DES DONNEES 2019-20

			COL. 1	COL. 2
	12	DEC	01	
	11	NOV	02	
	10	OCT	03	
2	09	SEP	04	
0	08	AOUT	05	2
	07	JUL	06	0
2	06	JUIN	07	2
0	05	MAI	08	0
	04	AVRIL	09	
	03	MARS	10	
	02	FEVRIER	11	
	01	JAN	12	

				COL. 1	COL. 2
	12	DEC	13		
	11	NOV	14		
	10	OCT	15		
2	09	SEP	16		
0	08	AOUT	17		2
	07	JUL	18		0
1	06	JUIN	19		1
9	05	MAI	20		9
	04	AVRIL	21		
	03	MARS	22		
	02	FEVRIER	23		
	01	JAN	24		
	12	DEC	25		
	11	NOV	26		
	10	OCT	27		
2	09	SEP	28		
0	08	AOUT	29		2
	07	JUL	30		0
1	06	JUIN	31		1
8	05	MAI	32		8
	04	AVRIL	33		
	03	MARS	34		
	02	FEVRIER	35		
	01	JAN	36		
	12	DEC	37		
	11	NOV	38		
	10	OCT	39		
2	09	SEP	40		
0	08	AOUT	41		2
	07	JUL	42		0
1	06	JUIN	43		1
7	05	MAI	44		7
	04	AVRIL	45		
	03	MARS	46		
	02	FEVRIER	47		
	01	JAN	48		
	12	DEC	49		
	11	NOV	50		
	10	OCT	51		
2	09	SEP	52		
0	08	AOUT	53		2
	07	JUL	54		0
1	06	JUIN	55		1
6	05	MAI	56		6
	04	AVRIL	57		
	03	MARS	58		
	02	FEVRIER	59		
	01	JAN	60		
	12	DEC	61		
	11	NOV	62		
	10	OCT	63		
2	09	SEP	64		
0	08	AOUT	65		2
	07	JUL	66		0
1	06	JUIN	67		1
5	05	MAI	68		5
	04	AVRIL	69		
	03	MARS	70		
	02	FEVRIER	71		
	01	JAN	72		
	12	DEC	73		
	11	NOV	74		
	10	OCT	75		
2	09	SEP	76		
0	08	AOUT	77		2
	07	JUL	78		0
1	06	JUIN	79		1
4	05	MAI	80		4
	04	AVRIL	81		
	03	MARS	82		
	02	FEVRIER	83		
	01	JAN	84		

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP.

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE
0 AUCUNE MÉTHODE

3 DIU
4 INJECTABLES
5 IMPLANTS
6 PILULE
7 PRESERVATIF MASCULIN
8 PRESERVATIF FÉMININ
9 PILULE DU LENDEMAIN
J MÉTHODE DES JOURS FIXES
K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT
X AUTRE MÉTHODE MODERNE
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

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

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

PHASE 2 DE LA COLLECTE DES DONNÉES 2021

			COL. 1	COL. 2
	12	DEC	1	
	11	NOV	2	
	10	OCT	3	
2	09	SEP	4	2
	08	AOUT	5	
0	07	JUL	6	0
2	06	JUIN	7	2
1	05	MAI	8	1
	04	AVRIL	9	
	03	MARS	10	
	02	FEVRIER	11	
	01	JAN	12	
<hr/>				
	12	DEC	13	
	11	NOV	14	
	10	OCT	15	
2	09	SEP	16	2
	08	AOUT	17	
0	07	JUL	18	0
2	06	JUIN	19	2
0	05	MAI	20	0
	04	AVRIL	21	
	03	MARS	22	
	02	FEVRIER	23	
	01	JAN	24	
<hr/>				
	12	DEC	25	
	11	NOV	26	
	10	OCT	27	
2	09	SEP	28	2
	08	AOUT	29	
0	07	JUL	30	0
1	06	JUIN	31	1
9	05	MAI	32	9
	04	AVRIL	33	
	03	MARS	34	
	02	FEVRIER	35	
	01	JAN	36	
<hr/>				
	12	DEC	37	
	11	NOV	38	
	10	OCT	39	
2	09	SEP	40	2
	08	AOUT	41	
0	07	JUL	42	0
1	06	JUIN	43	1
8	05	MAI	44	8
	04	AVRIL	45	
	03	MARS	46	
	02	FEVRIER	47	
	01	JAN	48	
<hr/>				
	12	DEC	49	
	11	NOV	50	
	10	OCT	51	
2	09	SEP	52	2
	08	AOUT	53	
0	07	JUL	54	0
1	06	JUIN	55	1
7	05	MAI	56	7
	04	AVRIL	57	
	03	MARS	58	
	02	FEVRIER	59	
	01	JAN	60	
<hr/>				
	12	DEC	61	
	11	NOV	62	
	10	OCT	63	
2	09	SEP	64	2
	08	AOUT	65	
0	07	JUL	66	0
1	06	JUIN	67	1
6	05	MAI	68	6
	04	AVRIL	69	
	03	MARS	70	
	02	FEVRIER	71	
	01	JAN	72	

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE
