

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS-2022)  
 QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

**République du Sénégal**  
**Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération**  
**Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

IDENTIFICATION												
NOM DE LA LOCALITÉ _____												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____												
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
RÉGION _____												
DEPARTEMENT _____												
DISTRICT SANITAIRE _____												
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
VISITES D'ENQUÊTEURS												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>2</td><td> </td></tr> </table>	2	0	2					
2	0	2										
PROCHAINE VISITE	DATE _____	_____	_____	RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
	HEURE _____	_____	_____	NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
1 REMPLI				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
4 DIFFÉRÉ												
5 REFUSÉ												
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE												
7 LOGEMENT DÉTRUIT												
8 LOGEMENT NON TROUVÉ												
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)												
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		0 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**									
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**		<b>FRANÇAIS</b>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**									
			INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)									
**CODES LANGUES :												
01 FRANÇAIS      03 POULAR      05 MANDINGUE												
02 WOLOF      04 SERER      06 DIOLA												
ÉQUIPE		CHEF D'ÉQUIPE										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						
NUMÉRO		DATE										

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

(3)

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

Je voudrais vous informer que nous conduisons une enquête spéciale auprès les enfants de 0 à 6 ans qui vivent dans les ménages. Si vous avez des enfants de 0 à 6 ans, un de mes collègues passera après moi pour poser questions aux gardiens de ces enfants.

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

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE  
D'ÊTRE INTERVIEWÉ ... 1  
↓

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

100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		MINUTES .....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				

TABLEAU MÉNAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ			
				ÉTAT MATRIMONIAL	9		10	11	11A		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	11A
	<p>S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.</p> <p>APRÈS AVOIR LISTÉ LES NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ, LE SEXE, LA RÉSIDENCE ET L'ÂGE POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LES QUESTIONS 7A-7C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE. POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS APPROPRIÉES DES COLONNES 8-20 POUR CHAQUE PERSONNE.</p>	<p>Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?</p> <p>VOIR CODES CI-DESSOUS.</p>	<p>(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?</p>	<p>(NOM) vit-il/elle ici habituellement ?</p>	<p>(NOM) a t-il/elle passé la nuit dernière ici ?</p>	<p>Quel âge a (NOM) ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.</p>	<p>Quel est l'état matrimonial actuel de (NOM) ?</p> <p>1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/ SÉPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN</p>	<p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS</p>	<p>SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME</p> <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS</p>	<p>SI MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME</p> <p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS</p>	<p>ENCER-CLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-6 ANS</p>
01		<input type="text"/>	M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	01	01	01	01
02		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	02	02	02	02
03		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	03	03	03	03
04		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	04	04	04	04
05		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	05	05	05	05
06		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	06	06	06	06
07		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	07	07	07	07
08		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	08	08	08	08
09		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	09	09	09	09
10		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	10	10	10	10
11		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	11	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	12	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	13	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	14	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	15	15	15	15

TABLEAU MENAGE

SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS		SI 3 ANS A 24 ANS		SI 3 - 5 ANS		
N° E ET RÉSIDENCE DES LIGNES BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION ACTUELLE/RÉCENTE				
12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B	
La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Est-ce que (NOM) a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	Est-ce que (NOM) est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de cette année scolaire (en cours)?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	Quel établissement (NOM) fréquente-il?  1= ÉCOLE MATERNELLE 2= JARDIN D'ENFANT 3= CASE DE TP 4= ÉCOLE PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) 5= DAARA, CORAN, ARABE  INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ	Depuis quand (NOM) fréquente-t-il un programme éducatif préscolaire ?  1= ANNÉE EN COURS 2= ANNÉE DERNIÈRE 3= ANNÉE D'AVANT  INSCRIRE LE CODE APPROPRIÉ	
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20A	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 19C	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
02	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
03	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
04	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
05	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
06	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
07	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
08	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
09	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	<input type="text"/>	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	<input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

N° LIGNE	SI 3 ANS A 24 ANS		SI 0-4 ANS	
	FRÉQUENTATION SCOLAIRE PRÉCÉDENTE		ENREGISTREMENT DES NAISSANCES	
	19C	19D	20A	20
	Au cours de l'année scolaire précédente, (NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment ?	Durant l'année scolaire précédente, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM)?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	(NOM) a-t-il/elle été enregistré(e) à l'état civil ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de (NOM) a-t-il/elle été déclaré(e) auprès de l'autorité civile (chef de quartier/chef de village ou officier de l'état civil) ?	(NOM) a-t-il/elle un certificat/acte de naissance ?  SI OUI : Puis-je le voir ?  Par « acte de naissance » il faut comprendre : - Le Volet 1 du registre de naissance ; - L'extrait de copie du registre des Actes de naissance .  1 = A UN CERTIFICAT, VU 2 = IA UN CERTIFICAT, PAS VU 3 = N'A PAS DE CERTIFICAT 8 = NE SAIT PAS
01	ON ↓ ALLEZ À 20A	NIVEAU CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/>	O N NSP 1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
02	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
03	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
04	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
05	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
06	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
07	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
08	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
09	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
10	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
11	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
12	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
13	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
14	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>
15	↓ ALLEZ À 20A	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLEZ À 21	<input type="text"/>

TABLEAU MÉNAGE

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

7A) Juste pour être sûr que j'ai une liste complète : y a-t-il d'autres personnes comme des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

7B) Y a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille, comme des domestiques, locataires ou amis qui vivent habituellement ici ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

7C) Avez-vous des invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont dormi ici la nuit dernière et qui n'ont pas été listés ? OUI  → AJOUTEZ AU TABLEAU NON

- CODES POUR Q. 3: LIEN DE PARENTÉ AVEC CHEF DE MÉNAGE**
- 01 = CHEF DE MÉNAGE
  - 02 = FEMME OU MARI
  - 03 = FILS OU FILLE
  - 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
  - 05 = PETIT FILS/FILLE
  - 06 = PÈRE/MÈRE
  - 07 = BEAU-PARENT
  - 08 = FRÈRE OU SOEUR
  - 09 = AUTRE LIEN DE PARENTÉ
  - 10 = ADOPTÉ /EN GARDE/ ENFANT DE LA FEMME/MARI
  - 11 = SANS PARENTÉ
  - 12 = NEVEU/NIECE
  - 13 = CO-EPOUSE
  - 14 = GRAND PARENT
  - 98 = NE SAIT PAS

TABLEAU MENAGE

SI 0-17 ANS				SI 3 ANS OU PLUS		SI 3 ANS A 24 ANS		SI 3 - 5 ANS															
N° E ET RÉSIDENCE DES LIGNES BIOLOGIQUES				A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE		FRÉQUENTATION ACTUELLE/RÉCENTE																	
12	13	14	15	16	17	18	19	19A	19B														
La mère biologique de (NOM) est-elle en vie ?	La mère biologique de (NOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie ?	Le père biologique de (NOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?  SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.	Est-ce que (NOM) a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint ?  Quelle est la classe la plus élevée que (NOM) a achevée à ce niveau ?  VOIR CODES CI-DESSOUS.	Est-ce que (NOM) est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de cette année scolaire (en cours) ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est/était (NOM) ?	Quel établissement (NOM) fréquente-t-il ?  1= ÉCOLE MATERNELLE 2= JARDIN D'ENFANT 3= CASE DE TP 4= ÉCOLE PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) 5= DAARA, CORAN, ARABE  INSCRIRE LE CODE APPRO	Depuis quand (NOM) fréquente-t-il un programme éducatif préscolaire ?  1= ANNÉE EN COURS 2= ANNÉE DERNIÈRE 3= ANNÉE D'AVANT  INSCRIRE LE CODE APPRO- PRIÉ														
16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C														
17	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C														
18	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C														
19	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C														
20	1 2 8 ↓ ALLEZ À 14	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 8 ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 20A	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C	1 2 ↓ ALLEZ À 19C														
<p><b>CODES POUR Qs. 17 ET 19 : NIVEAU D'INSTRUCTION</b>            00 = MOINS D'1 ANNÉE ACHÉVÉE            (UTILISEZ '00' POUR Q. 17 SEULEMENT. CE CODE N'EST PAS AUTORISÉ POUR Qs. 19 ET 19D)</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAU</th> <th>0 = PRESCOLAIRE</th> <th>1 = PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE)</th> <th>2 = MOYEN</th> <th>3 = SECONDAIRE</th> <th>4 = SUPÉRIEUR</th> <th>8 = NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><b>C L A S S E</b></td> <td>1 = Petite Section 2 = Moyenne Section 3 = Grande Section</td> <td>1 = CI 2 = CP 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2/CEP E/CQP</td> <td>1 = 6<sup>ème</sup> 2 = 5<sup>ème</sup> 3 = 4<sup>ème</sup> 4 = 3<sup>ème</sup>/BEPC /CAP/BEP</td> <td>1 2nd 2 1ère 3 Tie/BAC/ BT/AP</td> <td>1 = BAC + 1/BP 2 = BAC + 2 / BTS/DUT 3 = BAC + 3 4 = BAC + 4 5 = BAC + 5 6 = Doctorat ou plus 98 = NE SAIT PAS</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										NIVEAU	0 = PRESCOLAIRE	1 = PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE)	2 = MOYEN	3 = SECONDAIRE	4 = SUPÉRIEUR	8 = NSP	<b>C L A S S E</b>	1 = Petite Section 2 = Moyenne Section 3 = Grande Section	1 = CI 2 = CP 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2/CEP E/CQP	1 = 6 <sup>ème</sup> 2 = 5 <sup>ème</sup> 3 = 4 <sup>ème</sup> 4 = 3 <sup>ème</sup> /BEPC /CAP/BEP	1 2nd 2 1ère 3 Tie/BAC/ BT/AP	1 = BAC + 1/BP 2 = BAC + 2 / BTS/DUT 3 = BAC + 3 4 = BAC + 4 5 = BAC + 5 6 = Doctorat ou plus 98 = NE SAIT PAS	
NIVEAU	0 = PRESCOLAIRE	1 = PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE)	2 = MOYEN	3 = SECONDAIRE	4 = SUPÉRIEUR	8 = NSP																	
<b>C L A S S E</b>	1 = Petite Section 2 = Moyenne Section 3 = Grande Section	1 = CI 2 = CP 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2/CEP E/CQP	1 = 6 <sup>ème</sup> 2 = 5 <sup>ème</sup> 3 = 4 <sup>ème</sup> 4 = 3 <sup>ème</sup> /BEPC /CAP/BEP	1 2nd 2 1ère 3 Tie/BAC/ BT/AP	1 = BAC + 1/BP 2 = BAC + 2 / BTS/DUT 3 = BAC + 3 4 = BAC + 4 5 = BAC + 5 6 = Doctorat ou plus 98 = NE SAIT PAS																		



TABLEAU MÉNAGE

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE À TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE						
21A	21	22	23	24	25	26
N° LIGNE	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la Couverture Maladie universelle					
	NOM DE LA COLONNE 2	Est-ce que (NOM) bénéficie d'un régime de couverture maladie et quel type ?	Qui, principalement, a payé la cotisation à la mutuelle de santé ?	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que (NOM) a eu recours à une consultation ?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (ou quelqu'un dans le ménage a-t-il) payé pour la dernière consultation de (NOM) ?	Qui a payé pour cette dernière consultation de (NOM) et comment ?
	MUTUELLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE . . . . . A MUTUELLE DE SANTÉ PROFESSIONNELLE . . . . . B IPM . . . . . C IMPUTATION BUDGÉTAIRE . . . . . D ASSURANCE PRIVÉE . . . . . C ASSUR. MALADIE RETRAITÉ (IPRES) . . . . . F ASSUR. MALADIE RETRAITÉ (FNR) . . . . . G GRATUITÉ SOINS ENFANT 0-4 ANS . . . . . H PLAN SÉSAME (60 ANS ET +) I AUCUNE . . . . . J	(NOM) - MÊME ADHERENT . . . . . 1 (NOM) - MÊME PERSONNE EN CHARGE . . . . . 2 MEMBRE MÉNAGE . . . . . 3 AUTRE PARENT (HORS MÉNAGE) . . . . . 4 PTF/ONG/PRIVÉ . . . . . 5 ÉTAT: BOURSE DE SÉCURITÉ FAMILIALE . . . . . 6 ÉTAT: CARTE ÉGALITÉ DE CHANCI . . . . . 7 COLLECTIVT . . . . . 8 AUTR . . . . . 96	OUI . . . 1 NON . . 2 → ligne suivante	OUI . . . 1 NON . . 2 → 26	TOTALEMENT PAYÉ RÉGIME COUV. . . . . 1 TOTALEMENT PAYÉ PAR (NOM) / PAR MÉNAGE . . . . . 2 PARTIELLEMENT PAR MUTUELLE SANTÉ COMPL . . . . . 3 PARTIELLEMENT PAYÉ PAR (NOM) / PAR MÉNAGE . . . . . 4 NSP . . . . . 8	TRES SATISFAIT . . . . . 1 PLUS OU MOINS SATISFAITS . . . . . 2 PAS SATISFAIT . . . . . 3
01	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TABLEAU MÉNAGE

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE À TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE							
21A	21	22	23	24	25	26	
N° LIGNE	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la Couverture Maladie universelle						
	NOM DE LA COLONNE 2	Est-ce que (NOM) bénéficie d'un régime de couverture maladie et quel type ?	Qui, principalement, a payé la cotisation à la mutuelle de santé ?	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que (NOM) a eu recours à une consultation ?	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (ou quelqu'un dans le ménage a-t-il) payé pour la dernière consultation de (NOM) ?	Qui a payé pour cette dernière consultation de (NOM) et comment ?	Quel est le niveau de satisfaction de (NOM) sur les services offerts lors de sa dernière consultation ?
	MUTUELLE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE . . . . . A	(NOM) - MÊME ADHERENT . . . . . 1	OUI . . 1		TOTALEMENT PAYÉ RÉGIME COUV. . . 1	TRES SATISFAIT . . . . . 1	
	MUTUELLE DE SANTÉ PROFESSIONNELLE . . . . . B	(NOM) - MÊME PER-SOINNE EN CHARGE . . . . . 2	NON . . 2 → ligne suivante		TOTALEMENT PAYÉ PAR (NOM) / PAR MÉNAGE . . . . . 2	PLUS OU MOINS SATISFAITS . . . . . 2	
	IPM . . . . . C	MEMBRE MÉNAC . . . . . 3			PARTIELLEMENT PAR MUTUELLE SANTÉ COMPL . . . . . 3	PAS SATISFAIT . . . . . 3	
	IMPUTATION BUDGÉTAIRE . . . . . D	AUTRE PARENT (HORS MÉNAGE) . . . . . 4			PARTIELLEMENT PAYÉ PAR (NOM) / PAR MÉNAGE . . . . . 4		
	ASSURANCE PRIVÉE . . . . . C	PTF/ONG/PRIVÉ . . . . . 5		OUI . . 1	NSP . . . . . 8		
	ASSUR. MALADIE RETRAITÉ (IPRES) . . . . . F	ÉTAT: BOURSE DE SÉCURITÉ FAMILIALE . . . . . 6		NON . . 2 → 26			
	ASSUR. MALADIE RETRAITÉ (FNR) . . . . . G	ÉTAT: CARTE ÉGALITÉ DE CHANCI . . . . . 7					
	GRATUITÉ SOINS ENFANT 0-4 ANS . . . . . H	COLLECTIVT . . . . . 8					
	PLAN SÉSAME (60 ANS ET +) . . . . . I	AUTR . . . . . 96					
	AUCUNE . . . . . J						
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
17	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
18	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
101A	Quel est le statut d'occupation du logement de votre ménage ?	PROPRIÉTAIRE ..... 01 COPROPRIÉTAIRE ..... 02 LOCATAIRE-ACHETEUR ..... 03 LOCATAIRE SIMPLE ..... 04 COLOCATAIRE ..... 05 SOUS-LOCATAIRE ..... 06 LOGÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... 07 LOGÉ GRATUITEMENT PAR UN PARENT OU AMI ..... 08	
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14  PUIJS À POMPE OU FORAGE ..... 21 PUIJS CREUSÉ PUIJS PROTÉGÉ ..... 31 PUIJS NON PROTÉGÉ ..... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42  EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81 EAU EN BOUTEILLE ..... 91 EAU EN SACHET ..... 92  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	106  103  103
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage pour d'autres usages comme faire la cuisine et se laver les mains ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11 ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12 ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14  PUIJS À POMPE OU FORAGE ..... 21 PUIJS CREUSÉ PUIJS PROTÉGÉ ..... 31 PUIJS NON PROTÉGÉ ..... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42  EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	106
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	106
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
105	Qui habituellement va à la source d'approvisionnement pour prendre l'eau pour le ménage ?  ENREGISTREZ LE NOM DE LA PERSONNE ET LE NUMÉRO DE LIGNE À PARTIR DU TABLEAU MÉNAGE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE TABLEAU MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Au cours du mois dernier, est-ce qu'il est arrivé que votre ménage n'ait pas eu suffisamment d'eau pour boire quand vous en aviez besoin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
107	Faites-vous quelque chose pour rendre l'eau plus saine à boire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	109
108	Habituellement, que faites-vous pour rendre l'eau que vous buvez plus saine ?  Quelque chose d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LA FAIRE BOUILLIR ..... A AJOUTER EAU DE JAVEL/CHLORE ..... B LA FILTRER À TRAVERS UN LINGE ..... C UTILISER UN FILTRE (CÉRAMIQUE/ SABLE/COMPOSITE/ETC) ..... D DÉSINFECTION SOLAIRE ..... E LA LAISSER REPOSER ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
109	Quel type de toilettes les membres de votre ménage utilisent-ils habituellement ?  S'IL N'EST PAS POSSIBLE DE DÉTERMINER LE TYPE DE TOILETTES, DEMANDEZ LA PERMISSION DE VOIR L'INSTALLATION.	CHASSE D'EAU/CHASSE MANUELLE CHASSE D'EAU CONNECTÉE À UN SYSTÈME D'ÉGOUT ..... 11 À UNE FOSSE SEPTIQUE ..... 12 À UNE FOSSE D'AISANCES ..... 13 À QUELQUE CHOSE D'AUTRE ..... 14 NE SAIT PAS OÙ ..... 15 FOSSE D'AISANCES FOSSE D'AISANCES AMÉLIORÉE AUTO-AÉRÉE ..... 21 FOSSE D'AISANCES AVEC DALLE ..... 22 FOSSE D'AISANCES SANS DALLE TROU OUVERT ..... 23  TOILETTES À COMPOSTAGE ..... 31 SEAU/TINETTE ..... 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES ..... 51 PAS DE TOILETTES/NATURE ..... 61 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	117
110	Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	112
111	En comptant votre propre ménage, combien de ménages utilisent ces toilettes ?	NOMBRE DE MÉNAGES SI MOINS DE 10 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  10 MÉNAGES OU PLUS ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
112	Où se trouvent ces toilettes ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	
113	VÉRIFIEZ 109 :  CODES 12, 13, 21, <input type="checkbox"/> 22, 23, OU 31 ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> _____ →	117



CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
121	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	123
122	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Dans ce ménage, qu'utilisez-vous pour chauffer la maison quand c'est nécessaire ?  SI LA PERSONNE RÉPOND ÉLECTRICITÉ OU GAZ,  DEMANDEZ: Quel type d'appareil chauffant utilisez-vous avec l'électricité/le gaz?	CHAUFFAGE CENTRAL ..... 01 RADIATEUR D'UN FABRICANT ..... 02 RADIATEUR TRADITIONNEL ..... 03 FOURNEAU D'UN FABRICANT ..... 04 FOURNEAU TRADITIONNEL ..... 05 FEU À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT ..... 06  PAS DE RADIATEUR DANS LE MÉNAGE/PAS NECESSA 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	125  125 126 125
124	Est-ce que l'appareil a une cheminée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
125	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cet appareil ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 CONNECTÉ AU GAZ NATUREL ..... 02 CHAUFFAGE SOLAIRE DE L'AIR ..... 03 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL)/ GAZ DE CUISINE ..... 04 BIOGAZ ..... 05 ALCOOL/ÉTHANOL ..... 06 ESSENCE/DIESEL ..... 07 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 08 CHARBON/LIGNITE ..... 09 CHARBON DE BOIS ..... 10 BOIS ..... 11 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 12 PRODUITS AGRICOLES ..... 13 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 14 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS ( PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 15 ORDURES/PLASTIQUE ..... 16 SCIURE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A																																																
126	Dans ce ménage, quand il fait nuit, qu'est-ce que vous utilisez habituellement pour vous éclairer ?	ELECTRICITE ..... 01 GROUPE ELECTROGENE ..... 02 SOLAIRE ..... 03 LAMPE TORCHE ..... 04 LAMPE A GAZ ..... 05 LAMPE TEMPETE ..... 06 LAMPE A PETROLE ARTISANALE ..... 07 BOUGIE ..... 08 BOIS ..... 09  PAS D'ÉCLAIRAGE DANS LE MÉNAGE ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																																																	
127	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
128	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130																																																
129	Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ? SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'.  a) Vaches laitières ou taureaux ? b) Chameaux ? c) Chevaux, ânes ou mulets ? d) Chèvres ? e) Moutons ? f) Poulets ou autre volaille ? g) Porcs ? h) Autre bétail ?	a) VACHES/TAUREAUX ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) CHAMEAUX ..... <input type="text"/> <input type="text"/> c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> d) CHÈVRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> e) MOUTONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> f) POULETS/AUTRE VOLAILLE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> g) PORCS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> h) AUTRE BÉTAIL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																	
130	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 132																																																
131	Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?  SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.	HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  95 HECTARES OU PLUS ..... 950 NE SAIT PAS ..... 998																																																	
132	Dans ce ménage, avez-vous : a) L'électricité ? b) Une radio ? c) Une télévision ? d) Une antenne MMDS/TV5 ? e) Un abonnement à CANAL ? f) Un téléphone fixe ? h) Une machine à laver ? i) Un réfrigérateur ? j) Un réchaud/cuisinière à gaz/électrique ? k) Un foyer amélioré ? l) Un Vidéo/Lecteur CD/DVD ? m) Un climatiseur ? n) Un ordinateur ? o) Internet à la maison ? p) Une poêle à gaz ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ÉLECTRICITÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANTENNE TV5</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CANAL</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉPHONE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MACHINE À LAVER</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉFRIGÉRATEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RÉCHAUD/CUISINIÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FOYER AMÉLIORÉ</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VIDÉO/CD/DVD</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>CLIMATISEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ORDINATEUR</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>INTERNET</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>POELE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ÉLECTRICITÉ	1	2	RADIO	1	2	TÉLÉVISION	1	2	ANTENNE TV5	1	2	CANAL	1	2	TÉLÉPHONE	1	2	MACHINE À LAVER	1	2	RÉFRIGÉRATEUR	1	2	RÉCHAUD/CUISINIÈRE	1	2	FOYER AMÉLIORÉ	1	2	VIDÉO/CD/DVD	1	2	CLIMATISEUR	1	2	ORDINATEUR	1	2	INTERNET	1	2	POELE	1	2	
	OUI	NON																																																	
ÉLECTRICITÉ	1	2																																																	
RADIO	1	2																																																	
TÉLÉVISION	1	2																																																	
ANTENNE TV5	1	2																																																	
CANAL	1	2																																																	
TÉLÉPHONE	1	2																																																	
MACHINE À LAVER	1	2																																																	
RÉFRIGÉRATEUR	1	2																																																	
RÉCHAUD/CUISINIÈRE	1	2																																																	
FOYER AMÉLIORÉ	1	2																																																	
VIDÉO/CD/DVD	1	2																																																	
CLIMATISEUR	1	2																																																	
ORDINATEUR	1	2																																																	
INTERNET	1	2																																																	
POELE	1	2																																																	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ A
133	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI                      NON		
	a) Bicyclette ?	BICYCLETTE ..... 1	2	
	b) Mobylette ou motocyclette ou scoter ?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTI ..... 1	2	
	c) Voiture personnelle ?	VOITURE PERSONNELLE ..... 1	2	
	d) Voiture ou Camion à titre commercial ?	VOITURE/CAMION ..... 1	2	
	e) Charrette tirée par un animal?	CHARRETTE AVEC ANIMA ..... 1	2	
	f) Charrue ?	CHARRUE ..... 1	2	
	g) Pirogue/ Filet de peche ?	PIROGUE/FILET ..... 1	2	
	h) Tricycle ?	TRICYCLE ..... 1	2	
	i) Bateau ?	BATEAU ..... 1	2	
	j) Téléphone cellulaire (portable) ?	TÉLÉPHONE PORTABLE ..... 1	2	
	k) Montre ?	MONTRE ..... 1	2	
134	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution financière ?	OUI ..... 1	NON ..... 2	
134A	Est-ce qu'un membre de votre ménage participe à une tontine?	OUI ..... 1	NON ..... 2	
		NSP ..... 8		
134B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (ou un membre du ménage) envoyé des fonds à destination du Sénégal ou de l'international ?	SÉNÉGAL ..... 1	INTERNATIONAL ..... 2	
		NON ..... 3	NSP ..... 8	
134C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous (ou un membre du ménage) reçu des fonds au Sénégal ou à l'international ?	SÉNÉGAL ..... 1	INTERNATIONAL ..... 2	
		NON ..... 3	NSP ..... 8	
135	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1	NON ..... 2	
		NSP ..... 8		
136	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1	UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2	
		UNE FOIS PAR MOIS ..... 3	MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4	
		JAMAIS ..... 5		
137	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI ..... 1	NON ..... 2	→ 149
138	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ? SI SEPT MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '7'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ..... <input type="text"/>		

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.		
139	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NOMBRE SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE NOMBRE	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE	<input type="text"/> <input type="text"/>
140	CETTE MOUSTIQUAIRE A-T-ELLE ÉTÉ OBSERVÉE ?	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ..... 2	
141	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	
142	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE. SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MILDA)</b>  PERMANET ..... 11 OLYSET-NET ..... 12 DAWA PLUS ..... 13 ICONLIFE ..... 14 INTERCEPTOR ..... 15 YORKOUL ..... 16 YAHE ..... 17 TSARA BOOST/PLUS ..... 18 VEERALIN ..... 19 AUTRE MARQUE MILDA ..... 20 <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> AUTRE/NE CONNAIS PAS MARQUE MILD... 21  AUTRE TYPE (PAS MILDA) ..... 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPI ..... 98	
143	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion d'une campagne de distribution de masse, durant une visite prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAGNE DE DISTRIBUTION DE MASSE ..... 1 OUI, VISITE PRÉNATALE ..... 2 OUI, VISITE POUR VACCINATION ..... 3 NON ..... 4	→ 145A
144	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ DU GOV. .... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 04 AGENT SANTÉ COMMUN. .... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06  ÉCOLE ..... 07 PARENT/VOISIN/AMI ..... 08 OCB/ASSOCIAT ..... 09 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
145A	Avez-vous payé pour acquérir la moustiquaire	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 145
145B	Combien d'argent avez-vous effectivement payé pour acquérir la moustiquaire?  NOTER EN FRANCS CFA.	Prix <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 9998	

**MOUSTIQUAIRES**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
145	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 147 → 147A
146	Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?  INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.	NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ----- NOM _____ N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 147A
147	Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?	TROP CHAUD ..... 01 N'AIME PAS LA FORME .COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRI ..... 02 N'AIME PAS L'ODEUR ..... 03 INCAPABLE DE LA SUSPENDRE ..... 04 A DORMI DEHORS ..... 05 L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ..... 06 PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME .... 07 MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD ..... 08 POUR PROTÉGER LA RÉCOLTE/PLANTES ..... 09 MOUSTIQUAIRE UTILISÉE POUR LA PECHE ..... 10 MOUSTIQUAIRE UTILISÉE SUR LE MATELAS SE PROTÉGER CONTRE LES PUNAISES DU LIT ..... 11 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
147A	Cette moustiquaire a t-elle été lavée depuis que vous l'avez acquise?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR/NSP ..... 8	→ 147C
147B	Combien de fois cette moustiquaire a t-elle été lavée au cours des 12 derniers mois ?	NOMBRE LAVAGE: ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP/PAS SUR ..... 98	
147C	Avez-vous déjà essayé de réparer un trou dans cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SUR ..... 8	
148	RETOURNEZ À 139 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 149.		

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
149	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE ..... 1 OBSERVÉ, NON FIXE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE .. 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE ..... 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 5	} → 151A
150	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS.  NOTEZ L'OBSERVATION.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
151	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVER LES MAINS	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) .. A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B  AUCUN ..... Y	
151A	A quel moment les membres du ménage se lavent, le plus souvent, les mains ?	A LA SORTIE DES TOILETTES ..... A AVANT DE MANGER ..... B AVANT DE PRÉPARER LES REPAS ..... C AVANT DE S'OCCUPER DES ENFANTS ..... D APRES AVOIR NETTOYÉ LES ENFANTS ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
152	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
153	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES ..... 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
154	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p><b>MATÉRIAU NATUREL</b>  PAS DE MUR ..... 11  BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12  TERRE ..... 13</p> <p><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b>  BAMBOU AVEC BOUE ..... 21  PIERRES AVEC BOUE ..... 22  ADOBE NON RECOUVERT ..... 23  CONTRE-PLAQUÉ ..... 24  CARTON ..... 25  BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26</p> <p><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b>  CIMENT ..... 31  PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32  BRIQUES ..... 33  BLOCS DE CIMENT ..... 34  ADOBE RECOUVERT ..... 35  PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>	
155	<p>Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?</p> <p>TEST DU SEL POUR L'IODE.</p>	<p><b>SEL TESTÉ</b>  PRÉSENCE D'IODE ..... 1  PAS D'IODE ..... 2</p> <p><b>SEL NON TESTÉ</b>  LE MÉNAGE UTILISE DU SEL MAIS IL N'Y A PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE ..... 3  LE MÉNAGE N'UTILISE PAS DE SEL ..... 4</p> <p>SEL NON TESTÉ _____ 6  (PRÉCISEZ LA RAISON)</p>	
155A	<p>Au cours des trois dernières années, est-il survenu dans votre ménage un quelconque choc?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	→ 160
155B	<p>Quel a été le principal choc subi par votre ménage ?</p>	<p>MALADIE ..... 01  DÉCÈS ..... 02  PERTE D'EMPLOI/CHÔMAGE ..... 03  BAISSE DE REVENU/TRANSFERTS REÇUS ..... 04  INONDATIONS/SÉCHERESSE/PERTE DE RÉCOLTE ..... 05  CONFLIT/INSÉCURITÉ/VOL OU PERTE DE BÉTAIL ..... 06  INCENDIE ..... 07  PERTE D'ARGENT ..... 08  AUTRE _____ 96  (PRÉCISER)</p>	

TRANSFERTS SOCIAUX

160 Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur divers programmes d'aide économique extérieure fournie aux ménages. Par aide extérieure, je veux dire un soutien qui vient du gouvernement ou d'organisations non gouvernementales telles que les organisations religieuses, caritatives ou communautaires. Cela exclut le soutien de la famille, d'autres parents, d'amis ou de voisins.					
<b>TYPE DE SUIVI (NOM DU PROGRAMME)</b>					
	<b>Bourse de sécurité familiale</b> <b>[A]</b>	<b>Bourse d'étude</b> <b>[B]</b>	<b>Autre transfert de l'État</b> <b>[C]</b>	<b>Programme de structure privé/ONG</b> <b>[D]</b>	<b>Tout autre programme de support extérieur</b> <b>[E]</b>  (À PRÉCISER)
161	Connaissez-vous (NOM DU PROGRAMME)? OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE)	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLER À 165
162	Est-ce votre ménage ou n'importe quel membre de votre ménage a reçu un support à travers (NOM DU PROGRAMME)? OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE) NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE) NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE) NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE) NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 165 NSP ..... 8
163	Il y a combien de temps que vous ou quelqu'un de votre ménage avez/a reçu le support de (NOM DU PROGRAMME)? SI MOINS D'UN MOIS, ENCERCLEZ '1' ET ENREGISTREZ '00'. SI MOINS D'UN AN, ENREGISTREZ EN MOIS. SI UN AN OU PLUS ENREGISTREZ EN ANNÉES MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 998
164	RETOURNEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE.	RETOURNEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE.	RETOURNEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE.	RETOURNEZ À 161 À LA COLONNE SUIVANTE.	ALLEZ À 165

SANTÉ MENTALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
165	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'une personne dans votre ménage a été affectée par des problèmes ou des maladies psychiatriques « xël ou Problem xël ou Jafee jafee xël »?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 3	→ 178
166	Combien de personnes dans votre ménage souffrent de ces troubles ?	NOMBRE PERSONNES AFFECTÉES .. <input type="text"/>	
167 168	INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE	PERSONNE # 1 NOM ..... N° DE LIGNE ..... <input type="text"/>	
169	Est ce que (NOM) a eu recours aux structures de santé mentale/services psychiatriques, au cours des 6 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 3	→ 173
170	Quels signes ou symptômes vous ont poussé à rechercher un traitement pour (NOM) ?	SILENCE ..... A REPLI SUR SOI ..... B ABATTEMENT ..... C AGITATION VERBALE ET/OU PHYSIQUE ..... D FUGUE ..... E PERTE REPÈRES ..... F PERTE DE MEMOIRE ..... G ANXIETE/ANGOISSE/STRESS ..... H COMPORTEMENTS JUGES AMORAU..... I OU TRANSGRESSIFS ..... I PERTE DE SOMMEIL ..... J PERTE D'APPETIT ..... K ADDICTIONS (DROGUE, ALCOOL, TABAC) ..... L CHANGEMENTS DE COMPORTEMENT ..... M CHANGEMENT DANS LA PERSONNALITI..... N AUTRE ..... X (À PRÉCISER)	
171	Quels sont les principaux recours aux soins pour (NOM) ?	MÉDECINE NON CONVENTIONNELLE (MÉDECINE TRADITIONNELLE-RELIGIEUSE... A MÉDECINE CONVENTIONNELLE MODERNE NON SPÉCIALISÉE (CENTRE SANTÉ, HOPITAL, URGENCES, GÉNÉRALISTE) ..... B MÉDECINE CONVENTIONNELLE MODERNE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIQUE (HOPITAL) PSYCHIATRIQUE, CENTRE SANTÉ MENTALE, SERVICE DE PSYCHIATRIE)..... C MÉDECINE CONVENTIONNELLE SPÉCIALISÉE PSYCHIATRIQUE DU SECTEUR PRIVÉ (CLINIQUE PSYCHIATRIQUE, PRATICIEN PRIVÉ) ..... D AUTOMÉDICATION ..... E AUTRE ..... X (À PRÉCISER)	→ 173
172	Quels sont les principaux praticiens en santé qui prennent en charge (NOM) ?	MEDECIN GÉNÉRALISTE ..... A PSYCHIATRE (ET SOUS SPÉCIALITÉS) ..... B PSYCHOLOGUE / PSYCHOTHÉRAPEUTE ..... C INFIRMIER SPECIALISE EN PSYCHIATRIE ..... D INFIRMIER NON SPÉCIALISÉ ..... E PHARMACIEN ..... F PHYTOTHERAPEUTE ..... G GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... H MARABOUT ..... I EXORCISTE (PRÊTRE OU PASTEUR) ..... J AUTRE ..... X (À PRÉCISER)	

SANTÉ MENTALE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A				
173	<p>Comment est gérée (NOM) à domicile ?</p> <p>a) Est ce que (NOM) est libre dans l'espace domestique et social, personne n'exerce de surveillance ?</p> <p>b) Est ce que (NOM) est libre mais est sous surveillance/attention de son entourage familial ?</p> <p>c) Est ce que (NOM) est libre seulement dans l'espace familiale mais ne peut aller a l'exterieur ?</p> <p>d) Est ce que (NOM) est confinee dans une piece ou dans un espace domestique et ne peut pas aller dehors ?</p> <p>e) Est ce que les mouvements de (NOM) sont physiquement entraves (cordes, chaine) et sa circulation est controllee ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a LIBRE DANS L'ESPACE DOMESTIQUE . . . 1 2</p> <p>b LIBRE MAIS SOUS SURVEILLANCE . . . 1 2</p> <p>c LIBRE UNIQUEMENT DANS L'ESPACE FAMILIAL . . . . . 1 2</p> <p>d CONFINÉ(E) DANS UNE PIÈCE OU ESPACE FAMILIAL . . . . . 1 2</p> <p>e MOUVEMENTS SONT PHYSIQUEMENT ENTRAVÉS . . . . . 1 2</p>					
174	<p>Est-ce que (NOM) est stigmatisé(e) de la part de son entourage familial/voisinage dans les situations suivantes :</p> <p>a) Est-ce que (NOM) est salué(e) par son entourage ?</p> <p>b) Est-ce que (NOM) partage les repas avec toute la famille ?</p> <p>c) Est-ce que (NOM) est inclus(e) dans les conversations quotidiennes ?</p> <p>d) Est-ce que (NOM) est inclus(e) dans les discussions relatives à son état de santé et aux choix thérapeutiques la concernant ?</p> <p>e) Est-ce que l'entourage tient compte de l'avis et des souhaits de (NOM) ?</p> <p>f) Est-ce que (NOM) dispose de ressources financières qu'il/elle gère comme (il/elle) le souhaite ?</p> <p>g) Est-ce que (NOM) participe aux fêtes familiales (mariage baptême) ?</p> <p>h) Est-ce que (NOM) participe aux grandes fêtes religieuses ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>a SALUÉE PAR SON ENTOURAGE . . . 1 2</p> <p>b PARTAGE LES REPAS AVEC TOUTE LA FAMILLE . . . 1 2</p> <p>c INCLUS(E) DANS LES CONVERSATIONS QUOTIDIENNES . . . . . 1 2</p> <p>d INCLUS(E) DANS LES DISCUSSIONS RELATIVES À SON DE SANTÉ ET AUX CHOIX THÉRAPEUTIQUES LE/LA CONCERNANT . . . 1 2</p> <p>e ENTOURAGE TIENT COMPTE DE SON AVIS ET DE SES SOUHAITS . . . . . 1 2</p> <p>f DISPOSE DE RESSOURCES FINANCIERE COMME ELLE LE SOUHAITE . . . . . 1 2</p> <p>g PARTICIPE AUX FETES FAMILIALES (MARIAGE BAPTEME) . . . . . 1 2</p> <p>h PARTICIPE AUX GRANDES FETES RELIGIEUSE . . . . . 1 2</p>					
175	<p>Est-ce que (NOM) a subi les actes ci-après :</p> <p>a) Brimades, moqueries ?</p> <p>b) Violences verbales ?</p> <p>c) Violences physiques ?</p> <p>d) Limitations de ses déplacements ?</p> <p>e) Confiscation de ses biens ?</p> <p>f) Interdiction de parler aux autres ou de s'exprimer en public/discrédit de sa parole ?</p> <p>g) Abandon momentané ?</p> <p>h) Autres (précisez)</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) BRIMADES, MOQUERIES . . . . . 1 2</p> <p>b) VIOLENCES VERBALES . . . . . 1 2</p> <p>c) VIOLENCES PHYSIQUES . . . . . 1 2</p> <p>d) LIMITATIONS DÉPLACEMENTS . . . . . 1 2</p> <p>e) CONFISCATION DE SES BIENS . . . . . 1 2</p> <p>f) INTERDICTION DE PARLER AUX AUTRES . . . . . 1 2</p> <p>g) ABANDON MOMENTANÉ . . . . . 1 2</p> <p>h) AUTRES _____ 1 2 (À PRÉCISER)</p>					
176	RETOURNEZ À 167 POUR LA PERSONNE MALADE MENTALE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MALADE MENTALE, ALLEZ À 177						
177	<p>Selon vous qu'est ce qui peut affecter de manière négative le bien-être d'une personne (« xêl ou Problem xêl ou Jafee jafee xêl ») ?</p>	<p>ÊTRE STRESSÉ . . . . . A</p> <p>ÊTRE SURMENÉ . . . . . B</p> <p>AVOIR DES ADDICTIONS (DROGUE, TABAC, ALCOOL) . . . . . C</p> <p>ÊTRE AU CHOMAGE,/SANS EMPLOI . . . . . D</p> <p>NE PAS POUVOIR REALISER SES PROJETS (MARIAGE, MIGRATION, ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE, ÉTUDE) . . . . . E</p> <p>VIVRE DANS CONDITIONS PRÉCAIRES . . . . . F</p> <p>ÊTRE SOUMIS A DES VIOLENCES CONJUGALES OU FAMILIALES . . . . . G</p> <p>TRAVAILLER DANS DE MAUVAISES CONDITIONS . . . . . H</p> <p>Étudier dans de mauvaises conditions . . . . . I</p> <p>VIVRE DANS UN CONTEXTE FAMILIAL-SOCIAL INSATISFAISANT . . . . . J</p> <p>VIVRE DANS L'INCERTITUDE FACE À L'AVENIR . . . . . K</p> <p>S'INQUIETER POUR UN PROCHE . . . . . L</p> <p>AUTRE _____ X (À PRÉCISER)</p>					
178	ENREGISTREZ L'HEURE	<p>HEURE . . . . .</p> <p>MINUTES . . . . .</p>	<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE

À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## MÉNAGE: NOTES

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.
- (2) Supprimer la section pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du contrôleur de CAPI si l'enquête n'a pas de contrôleurs de CAPI différents des chefs d'équipes.
- (3) Augmenter la durée de l'interview déclarée aux enquêtés si des modules sont ajoutés au questionnaire.
- (4) À Q.18, il s'agit de l'année scolaire en cours au moment où l'enquête commence. Si l'enquête commence entre deux années scolaires, c'est l'année scolaire qui vient juste de se finir qui doit être prise en compte.
- (5) Les pays qui utilisent des sachets d'eau (petit sac en plastique rempli d'eau) comme source d'approvisionnement de l'eau de boisson doivent ajouter la catégorie séparée SACHET D'EAU après EAU EN BOUTEILLE et suivre la même instruction de passage que pour les ménages qui utilisent L'EAU EN BOUTEILLE (posez Q. 102, provenance de l'eau à d'autres fins). De même, les pays qui ont des kiosques à eau doivent ajouter une catégorie séparée KIOSQUE À EAU et suivre la même instruction de passage que pour les ménages qui utilisent de L'EAU EN BOUTEILLE.
- (6) Les codes doivent être développés localement; Cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.
- (7) Ajouter tout autre animal spécifique au pays comme les zébus, buffles, chameaux, lamas, alpagas, porcs, canards, oies ou
- (8) Chaque pays doit ajouter au moins cinq types de meubles à la liste (comme une table, une chaise, un canapé, un lit, une armoire ou un placard). De plus, chaque pays doit ajouter, au moins, quatre appareils électro-ménagers de telle sorte que la liste comprenne, au moins trois équipements que même un ménage pauvre peut posséder, trois équipements qu'un ménage à revenu moyen peut posséder et, au moins, trois équipements qu'un ménage à revenu élevé peut posséder. À titre indicatif, on peut ajouter les équipements suivants : un réveil/pendule, une pompe à eau, un moulin à grain, un ventilateur, un mixeur, un chauffe-eau, un générateur, une machine à laver le linge, un four micro-onde, un appareil DVD, un appareil à cassettes ou CD, une caméra, l'air
- (9) La question doit être supprimée dans les pays qui ne sont pas affectés par le paludisme.
- (10) La question doit être adaptée localement en utilisant le nom de la campagne de distribution de masse.
- (11) Adaptez la liste des codes réponses au contexte du pays quand c'est nécessaire.
- (12) Différents kits de test pour l'iode sont disponibles. Le kit de test approprié doit être choisi dans chaque pays en fonction du type d'iode fortifiant utilisé dans le pays (iodate de potassium iodate ou iodide de potassium). Si les deux types de fortifiants sont utilisés, alors les deux kits de test peuvent être utilisés.

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ  
 QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

République du Sénégal  
 Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération  
 Ministère de la Santé et de l'Action Sociale

IDENTIFICATION								
NOM DE LA LOCALITÉ _____								
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____								
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
RÉGION _____								
DEPARTEMENT _____								
DISTRICT SANITAIRE _____								
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=.....)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURA.....)				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				
VISITES D'ENQUÊTRICES								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊTÉE <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">2</td><td> </td></tr> </table>	2	0	2	
2	0	2						
PROCHAIN DATE VISITE HEURE	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>				
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ PRÉCISEZ 2 PAS À LA MAISON 6 INCAPACITÉ								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 03 POULAR 05 MANDINGUE 02 WOLOF 04 SERER 06 DIOLA								
ÉQUIPE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> NUMÉRO	CHEF D'ÉQUIPE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> NOM _____ NUMÉRO _____ DATE _____							

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie en collaboration avec le Ministère de la Santé et l'Action Sociale. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé au SENEGAL. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment. Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter la personne dont le nom figure sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

Avez-vous des questions 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

N°	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	Dans quelle région êtes-vous née ?	DAKAR ..... 01 ZINGUINCHOR ..... 02 DIOURBEL ..... 03 SAINT-LOUIS ..... 04 TAMBACOUNDA ..... 05 KAOLACK ..... 06 THIES ..... 07 LOUGA ..... 08 FATICK ..... 09 KOLDA ..... 10 MATAM ..... 11 KAFFRINE ..... 12 KEDOUGOU ..... 13 SEDHIOU ..... 14 À L'EXTERIEUR DU SÉNÉGAL ..... 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	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	



## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	VÉRIFIEZ 114 : PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) À <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓ SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →	119
117	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 . . . (PRÉCISEZ LA LANGUE) 4 AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
117A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	118
117B	Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ?  INSISTER : Aucune autre ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ARABE ..... A WOLOF ..... B POULAR ..... C SERER ..... D DIOLA ..... E MANDINGUE ..... F SONINKE ..... G FRANCAIS ..... H AUTRE ..... X (PRÉCISEZ LANGUE)	
118	VÉRIFIEZ 117:  CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ →	120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	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	
121	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	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou a partir de n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	130

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'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	
130	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 01 CHRÉTIENNE ..... 02 ANIMISTE ..... 03 SANS RÉLIGIOI ..... 04 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF ..... 01 POULAR ..... 02 SERER ..... 03 MANDINGUE ..... 04 DIOLA ..... 05 SONINKÉ ..... 06 NATIONALITE ETRANGERE ..... 07 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	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 des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	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 décédées ? 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	Il arrive parfois que les femmes ont une grossesse qui ne se termine pas par une naissance vivante. Par exemple, une grossesse peut se terminer en fausse-couche, par un avortement ou l'enfant peut être mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212								
211	Combien de fausses couches, d'avortements et de morts-nés avez-vous eus ?	PERTES DE GROSSESSE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	FAITES LA SOMME DE 208 ET 211 ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DU RÉSULTAT DES GROSSESSES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 212: UNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/>		→ 232								

## SECTION 2. REPRODUCTION

<p>214 Je voudrais maintenant enregistrer toutes vos grossesses comprenant les naissances vivantes, les morts-nés, les fausses-couches et les avortements, en commençant par votre première grossesse.  <b>ENREGISTRER TOUTES LES GROSSESSES À 215-228. ENREGISTRER LES JUMEAUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 3 GROSSESSES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</b></p>							
215	216	217	218	219	220	221	222
Rappelez-vous de votre (première/suivante) grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, des jumeaux ou SI GROSSESSE MULTIPLE: COPIEZ LA VALEUR DE 215 DANS LA LIGNE SUIVANTE NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE	SI 215=1, DEMANDEZ: Est-ce que le bébé est né vivant, mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ? SI 215 > 1, DEMANDEZ: Est-ce que le (premier/prochain) bébé de cette grossesse est né vivant ou mort ?	Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?	Quel nom a été donné au bébé ?  INSCRIVEZ LE NOM.	(NOM) est-il un garçon ou une fille ?	VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE.  NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT. SI NÉ VIVANT, DEMANDER : quel jour, quel mois et en quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?  SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORTEMENT, DEMANDER : Quel jour, quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-	Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?  ENREGISTRER EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.	POUR LIGNE 01, DEMANDEZ: Y a-t-il eu d'autres grossesses avant cette grossesse ?  APRÈS LIGNE 01:  SI 215=1 OU C'EST LA PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, DEMANDEZ : Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?  SI 215 > 1 ET CE N'EST PAS LA PREMIÈRE NAISSANCE DE LA GROSSESSE, PASSEZ À 216 DANS LA LIGNE
01 SIMPLE 1 JUMÉ 2 TRIP 3 QUAN- TITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT . . . . 1 (ALLEZ À 218) ← MORT NÉ . . . . . 2 FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT . . . 4	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	NOM	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ← NON 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
02 SIMPLE 1 JUMÉ 2 TRIP 3 QUAN- TITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT . . . . 1 (ALLEZ À 218) ← MORT NÉ . . . . . 2 FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT . . . 4	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	NOM	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ← NON 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
03 SIMPLE 1 JUMÉ 2 TRIP 3 QUAN- TITÉ <input type="text"/>	NÉ VIVANT . . . . 1 (ALLEZ À 218) ← MORT NÉ . . . . . 2 FAUSSE-COUCHE 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT . . . 4	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220)	NOM	GAR. 1 FILLE 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ← NON 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
222A	Avez-vous eu une grossesse qui s'est terminée depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?		OUI . . . . . 1 → AJOUTEZ AU TABLEAU NON . . . . . 2				
222B	LISEZ LA LISTE DES RÉSULTATS DE LA GROSSESSE DANS L'ORDRE À L'ENQUÊTÉE ET DEMANDEZ-LUI S'ILS CORRESPONDENT À TOUS LES RÉSULTATS QU'ELLE A EUS ET S'ILS SONT ÉNUMÉRÉS DANS L'ORDRE À PARTIR DU PREMIER.  EST-CE QUE L'ENQUÊTÉE EST D'ACCORD ? SI NON, INSISTEZ POUR OBTENIR LES INFORMATIONS CORRECTES ET RÉVISEZ L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE EN CONSÉQUENCE. SI OUI, PASSEZ AU 223 RANG 1.						

## SECTION 2. REPRODUCTION

	223	224	SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE:			228
			225	226	227	
	<p>VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221:</p> <p>SI 216=1 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI 216=2 OU 3, VÉRIFIEZ 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ.</p> <p>SI 221 &lt; 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE.</p> <p>SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ:</p> <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>
01	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>
02	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>
03	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT-NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ..... 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>



## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
311	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PROTEC ..... 01            FAGAROU ..... 02            VISA ..... 03            MANIX ..... 04            PRESA ..... 05            KAMA SUTRA ..... 06            PROTEX ..... 07            INNOTEX ..... 08            CASANOVA ..... 09            INTIMY ..... 10            CONTEX ..... 11            STAR ..... 12            TROJAM ..... 13            FEMIDON ..... 14            KISS ..... 15</p> <p>AUTRE _____ 96            (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 314</p>
312	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT .</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11            CENTRE DE SANTÉ ..... 12            POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 13            MATERNITÉ RURALE ..... 14            CASE DE SANTÉ ..... 15            CLINIQUE MOBILE ..... 16            AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉE ..... 21            MÉDECIN PRIVÉ ..... 22            CLINIQUE MOBILE ..... 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 24            (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31            CLINIQUE ONG ..... 32            AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 36            (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96            (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
313	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 315</p>
314	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
315	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314, ET 220 : UNE NAISSANCE VIVANTE, UN MORT-NÉ, UNE FAUSSE-COUCHE OU UN AVORTEMENT APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 313 OU 314?</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>RETOURNEZ À 313 OU 314, 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).</p>		

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
230	COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE  NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGALE À 212 <input type="checkbox"/>	NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/>  (INSISTEZ ET CORRIGEZ)	
231	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS 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.) POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
232	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 236
233	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.  <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS. SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>	SEMAINES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	<input type="checkbox"/> → 236
235	VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES  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	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS ..... 1 IL Y A SEMAINES ..... 2 IL Y A MOIS ..... 3 IL Y A ANNÉES ..... 4  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ..... 994 AVANT LA DERNIÈRE GROSSESSE ..... 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 240 → 241								
237	VÉRIFIEZ 236 : EST-CE QUE LES DERNIÈRES RÈGLES ONT EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?  OUI, <input type="checkbox"/> AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ↓	NON, <input type="checkbox"/> UNE ANNÉE OU PLUS	→ 240								
238 (1)	Durant vos dernières règles, qu'avez-vous utilisé pour recueillir ou absorber le sang des règles ?  Autre chose ?	SERVIETTES HYGIÉNIQUES RÉUTILISABLES . A SERVIETTES HYGIÉNIQUES JETABLES ..... B TAMPONS ..... C COUPE MENSTRUELLE ..... D TISSU ..... E PAPIER TOILETTE ..... F COTON ..... G SOUS-VÊTEMENT SEULEMENT ..... H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN ..... Y									
239	Durant vos dernières règles, est-ce que vous avez pu vous laver et vous changer en privé chez vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 LOIN DE LA MAISON PENDANT SES DERNIÈRES RÈGLES ..... 3									
240	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premières règles ?	ÂGE ..... NE SAIT PAS ..... 98	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
241	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	→ 243								
242	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 NE 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									
243	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	Dispositif Intra Uterin ou Sterilet. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	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	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
09 (1)	Contraception d'urgence. INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre pendant 3 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 (MJF). 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 condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	Méthode de l'Aménorrhée et de l'allaitement Maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui demande 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 (OPTION CAPI)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
316	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314 :</p> <p>ANNÉE EST 2018-2023 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> 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 2017 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2018.</p> <p>ENSUITE (ALLEZ À 329) ←</p>	
317	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p><b>C</b> 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 2018. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>		
317A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous, vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 317I
317C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE ..... <input type="text"/>	
317D	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	IMMÉDIATEMENT ..... 00 MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317F
317E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317H
317G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>	
317I	RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.		

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
318	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé la contraception d'urgence ? Je veux dire est-ce que vous avez pris des pilules spéciales dans les 3 jours qui ont suivi des rapports sexuels non protégés pour éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
319	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"/>		→ 321
320	Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 331
321	VÉRIFIEZ 307 :  ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	PAS DE CODE ENCERCLÉ ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 331 → 324 → 332           → 332 → 332

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
322	<p>Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ ..... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV/CENTRE ADO. .... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 18</p> <p><b>AUTRE SECTEUR PUBLIC</b> ..... 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>CABINET/MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 25</p> <p><b>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p><b>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</b> ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>BAR ..... 44</p> <p>VENDEUR AMBULANT ..... 45</p> <p><b>AUTRE</b> ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	
323	<p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 325
324	<p>Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
325	<p>Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous ressentiez ces effets secondaires ou ces problèmes ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
326	<p>À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
327 (2)	VÉRIFIEZ 307 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE EST ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95	→ 332
328	À ce moment-là, est-ce qu'on vous a dit que vous pouviez changer pour une autre méthode si vous le souhaitiez ou parce que c'était nécessaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 330
329	VÉRIFIEZ 307 : ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :  SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 DIU ..... 03 INJECTABLES ..... 04 IMPLANTS ..... 05 PILULE ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10 MAMA ..... 11 MÉTHODE DU RYTHME ..... 12 RÉTRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96	→ 332           → 332 → 332

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330 (7)	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ ..... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV/ CENTRE ADO ..... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBIL ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN/CABINET PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE/MARCHE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>BAR ..... 44</p> <p>VENDEURS ITENERANTS ..... 45</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 332</p>
331	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
332 (10)	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 334
333 (10)	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS 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 enfants ?</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>	→ 401
335	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
401	VÉRIFIEZ 220 ET 225 : UN RÉSULTAT OU PLUS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUN RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601
402	VÉRIFIEZ 220. LISTE DU NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE À 215 POUR CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LA DERNIÈRE. CLASSER CHAQUE RÉSULTAT DE GROSSESSE PAR TYPE EN UTILISANT 223 ET L'ORDRE DES RÉSULTATS DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE. <b>TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE</b> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 AVORTEMENT OU FAUSSE-COUCHE 5  NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/> NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .. <input type="text"/>		
403	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos grossesses qui ont eu lieu au cours des 3 dernières années. (Nous parlerons de chaque grossesse séparément, en commençant par la dernière).		
404	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 402.	NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
405	TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE DE 402.	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 407
406	ENREGISTREZ LA DATE DE LA GROSSESSE QUI S'EST TERMINÉE À 220.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 408
407	ENREGISTREZ NOM DE 218. NOM _____		
408	VÉRIFIEZ 405 : TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> a) Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), voulez-vous être enceinte à ce moment-là ? TYPE GROSSESSE 3, 4, OU 5 <input type="checkbox"/> b) Quand vous êtes tombée enceinte pendant la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406), voulez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 411

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
409	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou pas d'enfant du tout ?	PLUS TARD ..... 1 PAS D'ENFANT DU TOUT ..... 2	→ 411
410	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS .....998	
411	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 434 → 434 → 475
412	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 414
413	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 420) ←	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT	→ 426
414	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIERE ..... C  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
415	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ?</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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... A</p> <p>AUTRE MAISON ..... B</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... C</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... D</p> <p>POSTE SANTÉ ..... E</p> <p>MATERNITÉ RURALE ..... F</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... G</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBIL ..... H</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ I</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... K</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG. .... M</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... P</p> <p>CLINIQUE ONG ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>_____ R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>		
416	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>SEMAINES ..... 1</p> <p>MOIS ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
417	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS .....</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	<input type="text"/> <input type="text"/>	
418	<p>Dans le cadre de vos soins prénatals durant cette grossesse, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :</p> <p>a) Mesurer votre pression artérielle ?</p> <p>b) Effectuer un prélèvement d'urine ?</p> <p>c) Effectuer un prélèvement sanguin ?</p> <p>d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?</p> <p>e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?</p> <p>f) Parler avec vous de l'allaitement ?</p> <p>g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?</p> <p>h) Parler avec vous des signes de danger de grossesse</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>a) PRESSION ARTÉRIELLE .... 1 2 8</p> <p>b) URINE ..... 1 2 8</p> <p>c) SANG ..... 1 2 8</p> <p>d) BATTEMENTS CARDIAQUES 1 2 8</p> <p>e) ALIMENTS ..... 1 2 8</p> <p>f) ALLAITEMENT ..... 1 2 8</p> <p>g) SAIGNEMENTS ..... 1 2 8</p> <p>h) SIGNE DE DANGEF ..... 1 2 8</p>		

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
419	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT GROSSESSE			
	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/>	MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT <input type="checkbox"/>	→ 426	
420	Durant cette grossesse, est-ce que l'on vous a fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 423	
421	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		
422	VÉRIFIEZ 421 :			
	UNE FOIS OU NSP <input type="checkbox"/>	DEUX FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/>	→ 426	
423	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 426	
424	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu une injection contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS ENREGISTREZ	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		
425	VÉRIFIEZ 424 :			
	SEULE- MENT 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 ?	IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
426	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 429
427	<p>Où avez-vous obtenu les comprimés de fer ou le sirop contenant du fer ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE/DÉS ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b>  HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... A  CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... B  POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... C  MATERNITÉ RURALE ..... D  CASE DE SANTÉ ..... E  STRATÉGIE AVANCÉE/ÉQUIPE MOBILE ..... F  PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G  AGENT DE SANTÉ ..... H  AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... I  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J  CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... K  CLINIQUE MOBILE ..... L  DISPENSARE RÉLIGIEUX ..... M  AGENT DE SANTÉ ..... N  AUTRE SECTEUR PRIVÉ ..... O  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b>  HÔPITAL ONG ..... P  CLINIQUE ONG ..... Q  AUTRE SECTEUR ONG ..... R  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b>  PHARMACIE/BOUTIQUE/MARCHÉ ..... S  PRACTICIEN TRADITIONNEL ..... T  AGENT COMMUNAUTAIRE ..... U  AMIS/PARENTS ..... V  VENDEURS AMBULANTS ..... W  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)</p>	
428	<p>Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
428A	<p>Pouvez-vous nous décrire les avantages de la prise quotidienne des suppléments de fer/acide folique ?</p> <p>LAISSEZ LA DÉCRIRE ET ENCERCLEZ LA/LES RÉPONSE(S)</p>	<p>PREVIENT L'ANÉMIE ..... A  PROTÈGE LE BÉBÉ ..... B  PROTÈGE LA GROSSESSE ..... C  PROTÈGE LA MÈRE ..... D  PREVIENT LE FAIBLE POIDS DU BÉBÉ ..... E  AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)</p> <p>NSP ..... Z</p>	→ 429

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
428B	D'où tenez-vous cette information ?	LORS D'UNE CPN ..... A MEDIAS ..... B PARENTS/VOISIN ..... C AGENT DE SANTE COMMUNAUTAIRE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
429	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
430	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une assistance sous forme de nourriture ou sous forme financière par le biais du programme destiné aux femmes enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
431	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 434
432	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
433	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 VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS ..... 6	
433A	Est-ce que, pendant cette grossesse, vous avez reçu une moustiquaire gratuitement	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 434
433B	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu cette moustiquaire gratuitement ?	MOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
434	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE <input type="text"/> TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 1 OU 2 ↓ 3 OU 4 ↓ a) Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? b) Qui a assisté l'accouchement de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A SAGE-FEMME ..... B INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE ..... C <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)  PERSONNE N'A ASSISTÉ ..... Y	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
435	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2      TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4</p> <p>a) Où avez-vous accouché de (NOM) ?      b) Où a eu lieu l'accouchement de cet enfant mort-né ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ ..... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 23</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉE ..... 31</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 32</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 437</p> <p>→ 437</p>
436	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2      TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4</p> <p>a) 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>b) Est-ce que l'accouchement de cet enfant mort-né a eu lieu par césarienne, c'est-à-dire qu'on a ouvert votre ventre pour sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
437	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1</p> <p>NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3</p> <p>MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4</p>	<p>→ 441</p> <p>→ 445</p> <p>→ 487</p>
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM) sur votre poitrine ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 441
439	Est-ce que la peau de (NOM) touchait votre peau ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 441
440	Combien de temps après la naissance, (NOM) a-t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ? INSISTEZ POUR AVOIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE ; SI 24 HEURES OU PLUS, ENREGISTREZ 24	<p>IMMÉDIATEMENT ..... 00</p> <p>HEURES ..... 1 <input type="text"/></p>	
441	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	<p>TRÈS GROS ..... 1</p> <p>PLUS GROS QUE LA MOYENNE ..... 2</p> <p>MOYEN ..... 3</p> <p>PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ..... 4</p> <p>TRÈS PETIT ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
442	(NOM) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 444

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
443	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		KG DE MÉMOIRE 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		NE SAIT PAS	.....	99998
444	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/>	NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE <input type="checkbox"/>	→ 480	
445	VÉRIFIEZ 435 : LIEU D'ACCOUCHEMENT  NAISSANCE ÉTABLISSEMENT: UN CODE 21 À 46 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 464	
446	Est-ce que dans l'établissement de santé, les médecins, les infirmières ou les autres membres du personnel vous ont traitée avec respect tout le temps de votre séjour, une certaine partie ou pas du tout ?	TOUT LE TEMPS DU SÉJOUR	.....	1
		UNE CERTAINE PARTIE	.....	2
		PAS DU TOUT	.....	3
447	VÉRIFIEZ 405:  TYPE GROSSESSE 1 <input type="checkbox"/> TYPE GROSSESSE 3 <input type="checkbox"/> a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À Q.435) ? b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES	.....	1
		JOURS	.....	2
		SEMAINES	.....	3
		NE SAIT PAS	.....	998
448	"Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée ? Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?"	OUI	.....	1
		NON	.....	2
				→ 451
449	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES	.....	1
		JOURS	.....	2
		SEMAINES	.....	3
		NE SAIT PAS	.....	998
450	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 SAGE-FEMME ..... 12 INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE ..... 13 <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
451	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/>	MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT <input type="checkbox"/>	→ 455	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>							
452	<p>Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM).</p> <p>Avant que (NOM) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>		→ 455						
453	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;  SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1  JOURS ..... 2  SEMAINES ..... 3  NE SAIT PAS .....998</p>	<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>							
454	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... 11  SAGE-FEMME ..... 12  INFIRMIÈRE/ICP/  ASSISTANTE INFIRMIÈRE..... 13  <b>AUTRE PERSONNEL</b>  MATRONE ..... 21  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... 22  AUTRE _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>								
455	<p>Je voudrais maintenant vous parler de ce qui s'est passé après votre départ de l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après avoir quitté l'établissement ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>		→ 459						
456	<p>Combien de temps après l'accouchement 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  JOURS ..... 2  SEMAINES ..... 3  NE SAIT PAS .....998</p>	<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>							
457	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b>  MÉDECIN ..... 11  SAGE-FEMME ..... 12  INFIRMIÈRE/ICP/  ASSISTANTE INFIRMIÈRE..... 13  <b>AUTRE PERSONNEL</b>  MATRONE ..... 21  ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... 22  AUTRE _____ 96  (PRÉCISEZ)</p>								

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
458	<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, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ ..... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 23</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE ..... 31</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 32</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>_____ 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>							
459	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p> <input type="checkbox"/> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE  <input type="checkbox"/> MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT         </p>		<p>→ 474</p>						
460	<p>Après que (NOM) a quitté [ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À 435 ], est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 473</p>						
461	<p>Combien de temps 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" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>							
462	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>SAGE-FEMME ..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE ..... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>MATRONE ..... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>							

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
463	<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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ ..... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .... 23</p> <p>CASE DE SANTE ..... 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE ..... 31</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 32</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 473</p>
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a) 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>b) Je voudrais vous parler des vérifications de votre état de santé après l'accouchement, par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée. Est-ce que quelqu'un vous a examinée après avoir accouché de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 468</p>
465	<p>Combien de temps après l'accouchement 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 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																																																									
466	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<table border="0"> <tr> <td colspan="3"><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN .....</td> <td></td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>SAGE-FEMME .....</td> <td></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td>INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE .....</td> <td></td> <td>13</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>AUTRE PERSONNEL</b></td> </tr> <tr> <td>MATRONE .....</td> <td></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....</td> <td></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>			<b>PROF. DE LA SANTÉ</b>			MÉDECIN .....		11	SAGE-FEMME .....		12	INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE .....		13	<b>AUTRE PERSONNEL</b>			MATRONE .....		21	ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....		22	AUTRE _____		96		(PRÉCISEZ)																																														
<b>PROF. DE LA SANTÉ</b>																																																																												
MÉDECIN .....		11																																																																										
SAGE-FEMME .....		12																																																																										
INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE .....		13																																																																										
<b>AUTRE PERSONNEL</b>																																																																												
MATRONE .....		21																																																																										
ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .....		22																																																																										
AUTRE _____		96																																																																										
	(PRÉCISEZ)																																																																											
467	Où a eu lieu ce premier examen ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.	<table border="0"> <tr> <td colspan="3"><b>MAISON</b></td> </tr> <tr> <td>SA MAISON .....</td> <td></td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>AUTRE MAISON .....</td> <td></td> <td>12</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>SECTEUR PUBLIC</b></td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....</td> <td></td> <td>21</td> </tr> <tr> <td>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ .....</td> <td></td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ....</td> <td></td> <td>23</td> </tr> <tr> <td>CASE DE SANTÉ .....</td> <td></td> <td>24</td> </tr> <tr> <td>CLINIQUE MOBILE .....</td> <td></td> <td>25</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____</td> <td></td> <td>26</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE .....</td> <td></td> <td>31</td> </tr> <tr> <td>MÉDECIN PRIVÉ .....</td> <td></td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>CLINIQUE MOBILE .....</td> <td></td> <td>33</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></td> </tr> <tr> <td>HÔPITAL ONG .....</td> <td></td> <td>41</td> </tr> <tr> <td>CLINIQUE ONG .....</td> <td></td> <td>42</td> </tr> <tr> <td>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____</td> <td></td> <td>46</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td></td> <td>96</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>			<b>MAISON</b>			SA MAISON .....		11	AUTRE MAISON .....		12	<b>SECTEUR PUBLIC</b>			HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....		21	CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ .....		22	POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ....		23	CASE DE SANTÉ .....		24	CLINIQUE MOBILE .....		25	AUTRE SECTEUR PUBLIC _____		26		(PRÉCISEZ)		<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>			HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE .....		31	MÉDECIN PRIVÉ .....		32	CLINIQUE MOBILE .....		33	AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____		36		(PRÉCISEZ)		<b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b>			HÔPITAL ONG .....		41	CLINIQUE ONG .....		42	AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____		46		(PRÉCISEZ)		AUTRE _____		96		(PRÉCISEZ)	
<b>MAISON</b>																																																																												
SA MAISON .....		11																																																																										
AUTRE MAISON .....		12																																																																										
<b>SECTEUR PUBLIC</b>																																																																												
HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....		21																																																																										
CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ .....		22																																																																										
POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ....		23																																																																										
CASE DE SANTÉ .....		24																																																																										
CLINIQUE MOBILE .....		25																																																																										
AUTRE SECTEUR PUBLIC _____		26																																																																										
	(PRÉCISEZ)																																																																											
<b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>																																																																												
HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE .....		31																																																																										
MÉDECIN PRIVÉ .....		32																																																																										
CLINIQUE MOBILE .....		33																																																																										
AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____		36																																																																										
	(PRÉCISEZ)																																																																											
<b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b>																																																																												
HÔPITAL ONG .....		41																																																																										
CLINIQUE ONG .....		42																																																																										
AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____		46																																																																										
	(PRÉCISEZ)																																																																											
AUTRE _____		96																																																																										
	(PRÉCISEZ)																																																																											
468	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT <input type="checkbox"/> → 474																																																																											
469	Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM).  Après que (NOM) est né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?	<table border="0"> <tr> <td>OUI .....</td> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td></td> <td>8</td> </tr> </table> → 473			OUI .....		1	NON .....		2	NE SAIT PAS .....		8																																																															
OUI .....		1																																																																										
NON .....		2																																																																										
NE SAIT PAS .....		8																																																																										
470	Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	<table border="0"> <tr> <td>HEURES .....</td> <td>1</td> <td><table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>JOURS .....</td> <td>2</td> <td><table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>SEMAINES .....</td> <td>3</td> <td><table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td></td> <td>998</td> </tr> </table>			HEURES .....	1	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			JOURS .....	2	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			SEMAINES .....	3	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			NE SAIT PAS .....		998																																																						
HEURES .....	1	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																										
JOURS .....	2	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																										
SEMAINES .....	3	<table border="1"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																																																																										
NE SAIT PAS .....		998																																																																										

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
471	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>SAGE-FEMME ..... 12</p> <p>INFIRMIÈRE/ICP/ ASSISTANTE INFIRMIÈRE..... 13</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>MATRONE ..... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE..... 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																										
472	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / MATERNITÉ ..... 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .... 23</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉEPRIVÉE ..... 31</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 32</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 33</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>																										
473	<p>Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Il a examiné le cordon ?</p> <p>b) Il a vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ?</p> <p>d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ?</p> <p>e) Il a observé (NOM) en train d'être allaité pour voir si vous le faisiez correctement?</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) ATTENTION MÉDICALE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) PARLÉ ALLAITEMENT ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..</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) ATTENTION MÉDICALE ....	1	2	8	d) PARLÉ ALLAITEMENT ....	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8		
	OUI	NON	NSP																									
a) CORDON .....	1	2	8																									
b) TEMP .....	1	2	8																									
c) ATTENTION MÉDICALE ....	1	2	8																									
d) PARLÉ ALLAITEMENT ....	1	2	8																									
e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8																									
474	<p>Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :</p> <p>a) Mesurer votre pression artérielle ?</p> <p>b) Parler de vos saignements vaginaux ?</p> <p>c) Discuter de planification familiale avec vous ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) SAIGNEMENTS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANIFICATION FAMILIALE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE ....	1	2	8	b) SAIGNEMENTS .....	1	2	8	c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8										
	OUI	NON	NSP																									
a) PRESSION ARTÉRIELLE ....	1	2	8																									
b) SAIGNEMENTS .....	1	2	8																									
c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8																									
475	<p>VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>			→ 479																								

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
476	VÉRIFIEZ 405 :  GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓ a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?  GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓ b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
477	VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE	→ 479
478	VÉRIFIEZ 405 :  GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓ a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?  GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓ b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
479	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 487
480	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 482
481	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 486 → 487
482	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, INSCRIVEZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
483	Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger-quelque chose comme de l'eau plate, l'eau bénite, lait infantile ou lait de croissance, lait de vache, lait de chèvre, ou miel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
484	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT :  VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 487
485	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
486	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
487	VÉRIFIEZ 402 : PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?  AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE (ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE) <input type="checkbox"/> ↓	PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 401B

## SECTION 4B. ENREGISTREMENT DES NAISSANCES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
401B	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE, CODE 1	AUTRES CODES <input type="checkbox"/>	501
402B	La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée/déclarée auprès de l'autorité civile (chef de quartier/chef de village ou officier de l'état civil) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 404B
403B	Auprès de quelle autorité civile avez-vous déclaré (NOM) ?	AUPRES DE L'OFFICIER D'ETAT CIVIL . . . . . 1 AUPRES DU CHEF DE QUARTIER . . . . . 2 AUPRES DU CHEF DE VILLAGE . . . . . 3 AUTRE _____ 6 A PRECISER	
404B	(NOM) a-t-il/elle un certificat/acte de naissance ? SI OUI, DEMANDEZ : Puis-je le voir	OUI, VU . . . . . 1 OUI, NON VU . . . . . 2 NON . . . . . 3	→ 407B
405B	Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de (NOM) ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 407B
406B	Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas été déclaré/enregistré ?	NE VOIT PAS L'UTILITE DE L'ETAT CIVIL . . . . . 1 MANQUE D'INFORMATIONS SUR L'ETAT CIVIL . . . . . 2 CENTRE D'ETAT CIVIL EST ELOIGNE . . . . . 3 UNE FOIS HORS DELAI, LE COUT DE L'AMENDE PAR NEGLIGENCE . . . . . 4 PAR NEGLIGENCE . . . . . 5 AUTRE _____ 6 A PRECISER	
407B	L'acte de déclaration est-il gratuit ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NPS . . . . . 8	
408B	Quelles sont les personnes qui sont habilitées à déclarer la naissance ?	PERE UNIQUEMENT . . . . . 01 MERE UNIQUEMENT . . . . . 02 LES DEUX PARENTS . . . . . 03 PARENT PROCHE . . . . . 04 CHEF DU VILLAGE . . . . . 05 CORPS MEDICAL . . . . . 06 NSP . . . . . 07 AUTRE _____ 96 A PRECISER	
409B	Savez-vous que la loi oblige les parents à déclarer les naissances à l'état civil ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP . . . . . 8	
410B	Existe-t-il un délai légal maximum pour effectuer la déclaration de naissance ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NSP . . . . . 8	→ 412B
411B	Quel est ce délai ?	DANS LES 30 JOURS QUI SUIVENT LA NAISSANCE AVANT QUE L'ENFANT N'ATTEIGNE L'AGE D'UN AN . . . . . 1 AU-DELA DE L'AGE D'UN AN . . . . . 2 NSP . . . . . 8	
412B	Auprès de qui la déclaration de naissance peut-elle être effectuée ?	AUPRES DE L'OFFICIER D'ETAT CIVIL . . . . . 01 AUPRES DU CHEF DE QUARTIER . . . . . 02 AUPRES DU CHEF DE VILLAGE . . . . . 03 NSP . . . . . 08 AUTRE _____ 96 A PRECISER	
413B	Pourquoi est-il important pour l'enfant d'être déclaré ?	AVOIR UNE IDENTITE . . . . . 01 OBTENIR SA CARTE NATIONAL D'IDENTITE . . . . . 02 POUVOIR REALISER LES FORMALITES ADMINISTRATIVES NECESSAIRES A LA VIE QUOTIDIENNE . . . . . 03 S'INSCRIRE A L'ECOLE . . . . . 04 AVOIR ACCES AUX STRUCTURES DE SANTE . . . . . 05 CERCHER DU TRAVAIL UNE FOIS ADULTI . . . . . 06 AUTRE _____ 96 A PRECISER	

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
501	VÉRIFIEZ 220, 224 ET 225 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601
502	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 3 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
503	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 215 ET 218 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
504	Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?	OUI, A SEULEMENT UN CARNET DE SANTE 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	→ 507 → 507
505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
506	VÉRIFIEZ 504 :  CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 513
507	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 VUS .. 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS .... 4	→ 513
508	ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE (NOM) DU CARNET DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> PAS DE DATE DE NAISSANCE SUR CARNET 95	

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																																												
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>																																																																																																																																													
509	<p>RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DU CARNET DE (NOM). INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="text-align: right;">BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">HÉPATITE B À LA NAISSANCE (HepB)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE VPO 0)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 1 (VPO 1)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 2 (VPO 2)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO ORAL 3 (VPO 3)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 1 (PNEUMO 1)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 2 (PNEUMO 2)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">PNEUMOCOQUE 3 (PNEUMO 3)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">FIÈVRE JAUNE (VAA)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROUGEOLE / RUBEOLE 1 (RR1 ou ROR1)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">ROUGEOLE / RUBEOLE 2 (RR2 ou ROR2)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td style="text-align: right;">VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE				BCG							HÉPATITE B À LA NAISSANCE (HepB)							VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE VPO 0)							VACCIN POLIO ORAL 1 (VPO 1)							VACCIN POLIO ORAL 2 (VPO 2)							VACCIN POLIO ORAL 3 (VPO 3)							VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							PNEUMOCOQUE 1 (PNEUMO 1)							PNEUMOCOQUE 2 (PNEUMO 2)							PNEUMOCOQUE 3 (PNEUMO 3)							ROTAVIRUS 1							ROTAVIRUS 2							FIÈVRE JAUNE (VAA)							ROUGEOLE / RUBEOLE 1 (RR1 ou ROR1)							ROUGEOLE / RUBEOLE 2 (RR2 ou ROR2)							VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)								
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																												
BCG																																																																																																																																															
HÉPATITE B À LA NAISSANCE (HepB)																																																																																																																																															
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE VPO 0)																																																																																																																																															
VACCIN POLIO ORAL 1 (VPO 1)																																																																																																																																															
VACCIN POLIO ORAL 2 (VPO 2)																																																																																																																																															
VACCIN POLIO ORAL 3 (VPO 3)																																																																																																																																															
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																																																																															
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																															
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																															
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																															
PNEUMOCOQUE 1 (PNEUMO 1)																																																																																																																																															
PNEUMOCOQUE 2 (PNEUMO 2)																																																																																																																																															
PNEUMOCOQUE 3 (PNEUMO 3)																																																																																																																																															
ROTAVIRUS 1																																																																																																																																															
ROTAVIRUS 2																																																																																																																																															
FIÈVRE JAUNE (VAA)																																																																																																																																															
ROUGEOLE / RUBEOLE 1 (RR1 ou ROR1)																																																																																																																																															
ROUGEOLE / RUBEOLE 2 (RR2 ou ROR2)																																																																																																																																															
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																																															
510	<p>DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DU CARNET DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LE CARNET.</p>	<p>PHOTOGRAPHIE PRISE ..... 1            PHOTOGRAPHIE NON PRISE,            PERMISSION NON ACCORDÉE ..... 2            PHOTOGRAPHIE NON PRISE,            AUTRE RAISON _____ 6            (PRÉCISEZ)</p>																																																																																																																																													
511	<p>VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À 'ROUGEOLE/RUBEOLE 2 (RR2 OU ROR2)' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ?</p> <p style="text-align: center;">NON <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">OUI <input type="checkbox"/></span></p> <p style="text-align: center;">↓ <span style="margin-left: 150px;">→ 529</span></p>																																																																																																																																														

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?  INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 509 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.	OUI ..... 1 (UTILISEZ LA LISTE DANS CAPI POUR SELECTIONNER LES AUTRES VACCINATIONS DONNÉES. NOTEZ QUE CAPI CHANGERA LA RÉPONSE À 509 DANS LA COLONNE 'JOUR' DE '00' À '66' POUR LES VACCINATIONS SELECTIONNÉES)  (PASSEZ ENSUITE À 529) NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
512A	VÉRIFIEZ 509: AU MOINS UN VACCIN ENREGISTRÉ SUR LE CARNET ?  OUI <input type="checkbox"/> PASSEZ À 529 ← NON <input type="checkbox"/> → 530		
513	(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	→ 530
514	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 cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
515	Au moment de la naissance ou peu après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 517
516	Est-ce que (NOM) l'a reçu dans les 24 heures ayant suivi la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
517	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	→ 521
518	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les 2 semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
519	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
520	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes contre la polio, est-ce que (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans le bras pour le/la protéger contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
521	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 523
522	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 525

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
524	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
525	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	→ 527
526	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
527	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole/rubeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 529
528	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole/rubeole ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
528A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la fièvre jaune ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 529
528B	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la fièvre jaune ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
529	Où (NOM) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL GOUV. .... 11 CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12 POSTE SANTÉ ..... 13 CASE DE SANTÉ ..... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 16  AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE/ PRIVÉ ..... 21 CABINET/MÉDECIN PRIVÉ ..... 22 CLINIQUE MOBILE ..... 23 DISPENSARE RELIG ..... 24  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26 _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 _____ (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> CAMPAGNE DE VACCINATION ..... 41  AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISEZ)	
530	VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?  D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 503 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←	PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 601

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	VÉRIFIEZ 220, 224, ET 225 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0- <input type="checkbox"/> 59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ↓	PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> →	643
602	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
603	ENREGISTREZ LE NOM DE 218 ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
604	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'on a donné à (NOM) l'une des choses suivantes : a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ?  MONTREZ DES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS/ MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE.	OUI NON NSP a) COMPRIMÉS/SIROP ..... 1 2 8	
605	Au cours des 6 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.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	606
605A	En quel mois (NOM) a reçu la dernière dose de vitamine A?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
606	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
607	Au cours des 3 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire a mesuré : a) le poids de (NOM) ? b) la longueur ou la taille de (NOM) ? c) la circonférence du bras à mi-hauteur de (NOM)  MONTREZ UNE IMAGE DU RUBAN DE MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS.	OUI NON NSP a) POIDS ..... 1 2 8 b) LONGUEUR/TAILLE ..... 1 2 8 c) BRAS ..... 1 2 8	
608	Au cours des deux dernières semaines, (NOM) a-t-il eu la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	618

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
609	<p>VÉRIFIEZ 485 : ALLAITÉ ACTUELLEMENT ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></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</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 QUANTITÉ ..... 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 QUANTITÉ ..... 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>	
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 615

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>																					
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ RURA ..... D</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... E</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>CABINE/TMÉDECIN PRIVÉ ..... K</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... L</p> <p>DISPENSAIRE RELIG ..... M</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... P</p> <p>CLINIQUE ONG ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ R (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>PHARMACIE/BOUTIQUE/MARCHE ..... S</p> <p>PRACTICIEN TRADITIONEL ..... T</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ..... U</p> <p>AMIS/PARENTS ..... V</p> <p>VENDEURS AMBULANTS ..... W</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>																					
613	<p>VÉRIFIEZ 612 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS ↓</p>		<p>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 615</p>																				
614	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	<p>PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/></p>																					
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 SRO ?</p> <p>b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>c) Liquid SRO et comprimés de zinc ?</p> <p>d) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIQUIDE SACHET SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) AUTRE LIQUIDE SRO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) SRO ET ZINC.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) LIQUIDE MAISON.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) LIQUIDE SACHET SRO.....	1	2	8	b) AUTRE LIQUIDE SRO.....	1	2	8	c) SRO ET ZINC.....	1	2	8	d) LIQUIDE MAISON.....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
a) LIQUIDE SACHET SRO.....	1	2	8																				
b) AUTRE LIQUIDE SRO.....	1	2	8																				
c) SRO ET ZINC.....	1	2	8																				
d) LIQUIDE MAISON.....	1	2	8																				

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
616	VÉRIFIEZ 615 :  UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?	TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓ b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 → 618
617	VÉRIFIEZ 615 :  UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓ a) Qu'a-t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS	TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓ b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE ..... A ANTIMOTILITÉ ..... B AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) ..... C COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ..... D  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ..... E NON-ANTIBIOTIQUE ..... F INJECTION INCONNUE ..... G  (IV) INTRAVEINEUSE ..... H REMÈDE MAISON/HERBES MÉDICINALES ... I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
618	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 → 621
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
620	Est-ce qu'un prestataire de santé vous a dit que (NOM) avait le paludisme ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
621	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
622	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 deux dernières semaines ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 → 624
623	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 → 625
624	VÉRIFIEZ 618 : A EU DE LA FIÈVRE? OUI <input type="checkbox"/> ↓	NON OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> →	→ 634
625	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 → 630

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
626	<p>Où êtes-vous allé pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... A</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>POSTE SANTÉ ..... C</p> <p>MATERNITÉ RURA ..... D</p> <p>CASE DE SANTÉ ..... E</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... F</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... G</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... H</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... J</p> <p>CABINE/TMÉDECIN PRIVÉ ..... K</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... L</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... M</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... P</p> <p>CLINIQUE ONG ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ R (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>PHARMACIE/BOUTIQUE/MARCHE ..... S</p> <p>PRACTICIEN TRADITIONNEL ..... T</p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ..... U</p> <p>AMIS/PARENTS ..... V</p> <p>VENDEURS AMBULANTS ..... W</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
627	VÉRIFIEZ 626 : DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 629
628	Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 626.	PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/>	
629	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
630	À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 634



## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																
635	<p>VÉRIFIEZ 220, 225 ET 226, TOUTES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p style="text-align: center;">UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		643																																																																
636	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM DE 635) a pris durant le jour ou la nuit. Donnez-moi tous les liquides que (NOM) a pris, qu'il les ait pris à la maison ou quelque part ailleurs.</p> <p>Hier durant le jour ou durant la nuit, est-ce que (NOM) a bu :</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) De l'eau plate?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) Du lait infantile ou lait de croissance comme Nan, Blédina, Guigoz, Gallia, ou Nursie?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) Du lait d'origine animale, y compris du lait frais, liquide, ou en poudre ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c)a SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">SUCRÉ/ AROMATISÉ . . . 1</td> <td style="text-align: center;">2 8</td> </tr> <tr> <td>f) Du chocolat chaud du Nesquik?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>g) Du jus de fruit, du bissap, du jus dakhar, du jus de bouye, ou du gingembre ou autres ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>h) Des boissons sucrées comme Coca Cola, Fanta, Vimto, ou des boissons énergisantes comme XXL ou Red Bull?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>i) Attaya, du thé, du café, du café touba, du</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>i)a SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">SUCRÉE . . . . 1</td> <td style="text-align: center;">2 8</td> </tr> <tr> <td>j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>k) D'autres liquides ?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>k)w SI OUI : Quelle était la boisson ?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>k)a SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">SUCRÉE . . . . 1</td> <td style="text-align: center;">2 8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) De l'eau plate?	1	2	8	b) Du lait infantile ou lait de croissance comme Nan, Blédina, Guigoz, Gallia, ou Nursie?	1	2	8	b)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/>		8	c) Du lait d'origine animale, y compris du lait frais, liquide, ou en poudre ?	1	2	8	c)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>		8	c)a SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ . . . 1		2 8	f) Du chocolat chaud du Nesquik?	1	2	8	g) Du jus de fruit, du bissap, du jus dakhar, du jus de bouye, ou du gingembre ou autres ?	1	2	8	h) Des boissons sucrées comme Coca Cola, Fanta, Vimto, ou des boissons énergisantes comme XXL ou Red Bull?	1	2	8	i) Attaya, du thé, du café, du café touba, du	1	2	8	i)a SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE . . . . 1		2 8	j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?	1	2	8	k) D'autres liquides ?	1	2	8	k)w SI OUI : Quelle était la boisson ?	AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)			k)a SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE . . . . 1		2 8	
	OUI	NON	NSP																																																																
a) De l'eau plate?	1	2	8																																																																
b) Du lait infantile ou lait de croissance comme Nan, Blédina, Guigoz, Gallia, ou Nursie?	1	2	8																																																																
b)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/>		8																																																																
c) Du lait d'origine animale, y compris du lait frais, liquide, ou en poudre ?	1	2	8																																																																
c)n SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/>		8																																																																
c)a SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ . . . 1		2 8																																																																
f) Du chocolat chaud du Nesquik?	1	2	8																																																																
g) Du jus de fruit, du bissap, du jus dakhar, du jus de bouye, ou du gingembre ou autres ?	1	2	8																																																																
h) Des boissons sucrées comme Coca Cola, Fanta, Vimto, ou des boissons énergisantes comme XXL ou Red Bull?	1	2	8																																																																
i) Attaya, du thé, du café, du café touba, du	1	2	8																																																																
i)a SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE . . . . 1		2 8																																																																
j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?	1	2	8																																																																
k) D'autres liquides ?	1	2	8																																																																
k)w SI OUI : Quelle était la boisson ?	AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)																																																																		
k)a SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE . . . . 1		2 8																																																																

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
637	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM) a reçus hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a consommés, que ce soit à la maison, ou quelque part ailleurs. Veuillez inclure les collations et les petits repas comme les repas principaux.</p> <p>Je vais vous poser des questions concernant différents aliments, et je voudrais savoir si l'enfant a mangé l'aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' à propos d'un aliment ou d'un ingrédient utilisé seulement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p> <p>a) Du yaourt, du lait caillé, du thiakry ou lakh?</p> <p>SI OUI:</p> <p>a)n Combien de fois (NOM) a-t-il reçu du yaourt, du lait caillé, du thiakry ou lakh?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS , ENREGISTREZ '7'.</p> <p>a)dr (NOM) a-t-il/elle reçu n'importe quel type de lait caillé ou du soow ou du thiakry à boire ? [pour /à] boire ?</p> <p>a)a SI OUI : Était-il un type de boisson sucrée (ou aromatisée) ?</p>	<p>OUI          NON          NSP</p> <p>a) ..... 1          2          8</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A REÇU DU YAOURT <input type="text"/> 8</p> <p>REÇU DU YAOURT À BOIRE ... 1          2          8</p> <p>SUCRÉE ... 1          2          8</p>			
	b) Du pain, du riz, du mbokh, de macaroni, de spaghetti, de couscous, du mouhamssa ou bouillie à base de céréales ?	b) ..... 1          2          8			
	c) Des citrouilles, carottes, courges , poivrons rouges ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?	c) ..... 1          2          8			
	d) Des bananes plantains, pommes de terre, ignames, manioc, attiéké, patates douce à chair blanche, ou navets ?	d) ..... 1          2          8			
	e) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tels que Feuilles de manioc, feuilles de bissap, nebeday, feuilles de patate, sauce feuilles ou d'autres légumes à feuilles vert foncé ?	e) ..... 1          2          8			
	f) D'autres légumes tels que des tomates, jakkatou, choux, gombos, poivrons verts ou d'autres légumes? ?	f) ..... 1          2          8			
	g) Mangues ou papayes mûres, melons oranges, ou fruits de néré ?	g) ..... 1          2          8			

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À	
	h) D'autres fruits tels que des bananes, bouyes, pastèque, sapotilles, oranges ou d'autre fruits?	h) .....	1	2	8	
			OUI	NON	NSP	
	i) Du poisson frais, du poisson séché/kethiakh, du poisson fumé, des sardines en boîte, du paagn, ou des crevettes?	i) .....	1	2	8	
	j) Foie, des rognons, ou du cœur ?	j) .....	1	2	8	
	k) De la saucisse, du saucisson, du jambon, ou corne boeuf ?	k) .....	1	2	8	
	l) D'autres viandes tels que le boeuf, le mouton, la chèvre, le porc, le viande de chasse, ou le poulet ?	l) .....	1	2	8	
	m) Des œufs ?	m) .....	1	2	8	
	n) Haricots, niébé, petit pois, ou lentilles?	n) .....	1	2	8	
	o) D'arachide, pate d'arachide, maafe ou autre sauce d'arachide, ou sésame?	o) .....	1	2	8	
	p) Du fromage ou La Vache Qui Rit?	p) .....	1	2	8	
	q) Des insectes comme des escargots de mer ?	q) .....	1	2	8	
	r) Des gâteaux, biscuits sucrés, beignets sucrés, mbouraké, bonbons ou tangals, chocolats, ou galette de pain de singe?	r) .....	1	2	8	
	t) Chips comme Crax, frites de pomme de terre, patate frit, akara, fattaya ou poisson frit ?	t) .....	1	2	8	
	u) Huile de palme rouge?	u) .....	1	2	8	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	<p>v) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ?</p> <p>v)w) SI OUI : Quel était cet aliment ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ &lt;OUI&gt;.</p> <p>S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ</p>	<p>v) ..... 1                    2                    8</p> <p>AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)</p>	
638	<p>VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'v') :</p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>                    AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 640
639	<p>Est-ce que (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM) a-t-il/elle mangés ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>(RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) ←</p> <p>(PUIS CONTINUEZ AVEC 640) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 641
640	<p>Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="checkbox"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
641	<p>Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a dit comment nourrir (NOM) et quels aliments lui donner ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
642	<p>La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?</p>	<p>ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINSÉES DANS TOILETTES OU LATRINE ..... 02 JETÉES/RINSÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 JETÉES AUX ORDURES ..... 04 ENTERRÉES ..... 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE ..... 06</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
643	<p>Je voudrais vous demander maintenant quels aliments et quelles boissons vous avez consommés hier durant le jour ou la nuit, que ce soit à la maison ou quelque part d'autre. Veuillez inclure des gouters ou petits repas ainsi que des repas principaux.</p> <p>Je vais vous poser des questions sur différents aliments et boissons, et je voudrais savoir si vous avez mangé cet aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé en petite quantité pour ajouter du gout à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que vous avez mangé ou bu :</p> <p>a) Du pain, du riz, du mbokh, du macaroni, du spaghetti, du couscous, du mouhamssa ou bouillie à base de céréales ?</p>	<p>a) ..... 1                    2                    8</p>	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À	
	b) Des citrouilles, carottes, courges, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur, ou poivrons rouges?	b) .....	1	2	8	
	c) Des bananes plantains, pommes de terre, ignames, manioc, attike, patates douce à chair blanche, ou navets?	c) .....	1	2	8	
	d) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tels que Feuilles de manioc, feuilles de bissap, nebeday, feuilles de patate, sauce feuilles ou d'autres légumes à feuilles vert foncé ?	d) .....	1	2	8	
			OUI	NON	NSP	
	e) D'autres légumes tels des tomates, jakkatou, choux, gombos, poivrons verts ?	e) .....	1	2	8	
	f) Mangues ou papayes mûres, melons, oranges, ou fruits de néré ?	f) .....	1	2	8	
	g) D'autres fruits tels que des bananes, pommes, bouyes, pastèque, sapotilles, kiwis ou autres?	g) .....	1	2	8	
	h) Du poisson frais, du poisson séché/kethiakh, du poisson fumé, des sardines en boîte, du paagn, ou des crevettes ?	h) .....	1	2	8	
	i) Foie, des rognons, ou du cœur ?	i) .....	1	2	8	
	j) De la saucisse, du saucisson, du jambon, ou corne boeuf ?	j) .....	1	2	8	
	k) D'autres viandes tels que le boeuf, le mouton, la chèvre, le porc, la viande de chasse, ou le poulet?	k) .....	1	2	8	
	l) Des œufs ?	l) .....	1	2	8	
	m) Des haricots, niébé, petit pois, ou lentilles?	m) .....	1	2	8	
	n) D'arachide, pate d'arachide, maafe ou autre sauce d'arachide, ou sésame?	n) .....	1	2	8	
	o) Du lait liquide ou en poudre, fromage, La Vache Qui Rit, yaourt, lait caillé, soow, thiakry ou lakh?	o) .....	1	2	8	

## SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	p) Des insectes comme des escargots de mer ?	p) ..... 1      2      8	
	q) Des gâteaux, biscuits sucrés, beignets sucrés, mbouraké, bonbons ou tangals, chocolats, ou galette de pain de singe?	q) ..... 1      2      8	
	s) Chips comme Crax, frites de pomme de terre, patate frit, akara, fattaya, ou poisson frit?	s) ..... 1      2      8	
	t) Du jus de fruit, du bissap, du jus dakhar, du jus de bouye, ou du gingembre?	t) ..... 1      2      8	
	u) Des boissons sucrés comme Coca Cola, Fanta, Vimto, ou des boissons énergisantes comme XXL ou Red Bull?	u) ..... 1      2      8	
	v) Du attaya, thé sucré, café sucré, café touba, kinkeliba sucré, ou chocolat chaud comme Nesquick?	<div style="text-align: center;">OUI      NON      NSP</div> v) ..... 1      2      8	
(11)	w) L'huile de palme rouge?	w) ..... 1      2      8	
	x) D'autres liquides ? x)w SI OUI : Quelle était cette boisson ?	x) ..... 1      2      8 AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)	
	x)sv SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE .... 1      2      8	
	y) D'autres aliments ? y)w SI OUI: Quels étaient ces aliments ?  INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.  S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	y) ..... 1      2      8 AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 706A
702	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→ 721
703	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 714
706A	Avez-vous un acte de mariage ou un autre document certifiant ce mariage/cette union?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 707
706B	Quel document avez-vous? Aucun autre document?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ACTE DE MARIAGE DÉLIVRÉ PAR UNE ÉGLISE, MOSQUEE OU AUTRE INSTITUTION RELIGIEUSE ..... A ACTE DE MARIAGE DÉLIVRÉ PAR UNE AUTORITÉ CIVILE ..... B AUTRE DOCUMENT DÉLIVRÉ PAR UNE INSTITUTION RELIGIEUSE ..... C AUTRE DOCUMENT DÉLIVRÉ PAR UNE AUTORITÉ CIVILE ..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 709
707	Est-ce que ce mariage a été enregistré à l'état civil ?	<sup>vmarried</sup> OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
709	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
710	ENREGISTREZ LE NOM ET N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.	NOM _____  N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
711	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 714
712	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
713	Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
714	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 717
716	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
717	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p>		→ 721
718	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/></p> <p>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p>		→ 721
719	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre (mari/partenaire) actuel. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 721
720	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre pour la première fois avec votre (mari/partenaire) actuel ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
721	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
722	<p>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>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738
722A	<p>Quel âge avait votre partenaire?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
723	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.	IL Y A DES JOURS ..... 1 IL Y A DES SEMAINES ..... 2 IL Y A DES MOIS ..... 3 IL Y A DES ANNÉES ..... 4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 737								
724	VÉRIFIEZ 232 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 727								
725	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 727								
726	Quelle méthode avez-vous utilisé ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y	→ 728								
727	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 730								
728	Quel est le nom de la marque du condom utilisé ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PROTEC ..... 01 FAGAROU ..... 02 VISA ..... 03 MANIX ..... 04 PRESA ..... 05 KAMA SUTR ..... 06 PROTEX ..... 07 INNOTEX ..... 08 CASANOVA ..... 09 INTIMY ..... 10 CONTEX ..... 11 STAR ..... 12 TROJAM ..... 13 FEMIDON ..... 14 KISS ..... 15  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98									

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
729	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom 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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUV. .... 11</p> <p>CENTRE SANTÉ GOUV. .... 12</p> <p>POSTE SANTÉ .... 13</p> <p>CENTRE DE PF GOUV/ CENTRE ADO ... 14</p> <p>MATERNITÉ RURALE .... 15</p> <p>CASE DE SANTÉ .... 16</p> <p>PHARMACIE COMMUNAUTAIRE .... 17</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .... 18</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... 19</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE/CABINET PRI\ ..... 21</p> <p>PHARMACIE ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>DISPENSARE RELIG ..... 25</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>BAR ..... 44</p> <p>VENDEUR ITENERANT ..... 45</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>									
730	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>									
731	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737								
731A	<p>Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?</p>	<p>IL Y A JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A SEMAINES ..... 2</p> <p>IL Y A MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> <td style="width: 50px; height: 20px;"></td> </tr> </table>								

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
732	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
733	Quelle était votre relation avec cette deuxième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
734	À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 737
735	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
736	Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
737	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LA VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
737A	Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs ? (ex: lors d'une campagne d'information, dans un centre d'accueil ou un établissement de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
738	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	OUI NON ENFANTS <10 ..... 1 2 HOMMES ADULTES ..... 1 2 FEMMES ADULTES ..... 1 2	

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		813
802	VÉRIFIEZ 232 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	805 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	807 813 811
805	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE APRÈS LE MARIAGE ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	811 813 811
806	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		812
807	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		813
808	VÉRIFIEZ 805 : '24' MOIS OU PLUS OU '02' ANNÉES OU PLUS <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>		812
809	VÉRIFIEZ 723 : IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/> IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/>		811 811

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804 :</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</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>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</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><b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b></p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... O</p> <p>MODIFICATIONS MENSTRUELLES ..... P</p> <p>MÉTHODES PEUVENT RENDRE INFERTILES ..... Q</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... R</p> <p>AUTRES EFFETS SECONDAIRES ..... S</p> <p><b>COÛT/ACCÈS/DISPONIBILITÉ</b></p> <p>MANQUE D'ACCÈS/TROP ÉLOIGNÉ ..... T</p> <p>COÛT TROP ÉLEVÉ ..... U</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... V</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... W</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> POSÉE ↓</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT →</p>		813
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 224 :</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</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>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p>	<p>AUCUN ..... 00 → 815</p> <p>NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p>	

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
814	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 style="text-align: center;">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>	
815	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :	OUI    NON	
	a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?	a) RADIO . . . . . 1    2	
	b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?	b) TÉLÉVISION . . . . . 1    2	
	c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?	c) JOURNAL OU MAGAZINE . . . . . 1    2	
	d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ?	d) TÉLÉPHONE PORTABLE . . . . . 1    2	
	e) Vu quelque chose sur la planification familiale dans les média sociaux comme Facebook, Twitter ou Instagram ?	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM . . . . . 1    2	
	f) Vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, une affiche, une brochure ?	f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE . . 1    2	
	g) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ou un panneau d'affichage à l'extérieur ?	g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE . . 1    2	
	h) Entendu quelque chose sur la planification familiale lors de réunions ou à l'occasion d'évènements dans la communauté ?	h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS . . . . . 1    2	
816	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de la planification familiale lors des campagnes Moytou Neff?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8	
817	VÉRIFIEZ 701 :		
	OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓	OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION → 901
818	Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE . . . . . 1 MARI/PARTENAIRE . . . . . 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE . . . . . 3 QUELQU'UN D'AUTRE . . . . . 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	} → 820 } → 820
819	Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?	COMPTE DAVANTAGE . . . . . 1 COMPTE AUTANT . . . . . 2 COMPTE MOINS . . . . . 3	
820	Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de vous forcer ou de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne vouliez pas tomber enceinte ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	
821	VÉRIFIEZ 307 :		
	NON POSÉE <input type="checkbox"/> ↓	NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ ↓	IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ → 901
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE . . . . . 1 PLUS D'ENFANTS . . . . . 2 MOINS D'ENFANTS . . . . . 3 NE SAIT PAS . . . . . 8	

## SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN <input type="checkbox"/> UNION →	909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire (élémentaire), moyen, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4  NE SAIT PAS ..... 8	→ 906
905	Quelle est la classe la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI LE NOMBRE D'ANNÉES ACHEVÉES EST INFÉRIEUR À 1 ANNÉE À CE NIVEAU, ENREGISTREZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) 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/ partenaire) ? 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 7 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. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 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 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter par ce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
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/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	PAS EN UNION <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/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) ..... 6	
920	Est-ce que vous pensez que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 AUTRE _____ (PRÉCISEZ) ..... 6	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	

## SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																												
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 928																												
926	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 928																												
927	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	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 ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 930A																												
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 930A																												
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																													
930A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930C																												
930B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																													
930C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																													
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 colspan="3">PRES./</th> </tr> <tr> <th></th> <th>PRES./</th> <th>N'ÉCOUTE</th> <th>PAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ÉCOUTE.</th> <th>PAS.</th> <th>PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt; 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		PRES./				PRES./	N'ÉCOUTE	PAS		ÉCOUTE.	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	PAS																												
	ÉCOUTE.	PAS.	PRES.																												
ENFANTS < 10	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8	b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8	c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8	e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8					
	OUI	NON	NSP																												
a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8																												
b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8																												
c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8																												
d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8																												
e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8																												

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1001	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1040
1002	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 1008
1003	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	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	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	
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	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1010	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012
1011	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1012	VÉRIFIEZ 220 ET 223 : AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>		→ 1024 → 1024
1013	VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1'): A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>		→ 1018
1014	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
1015	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1018

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1016	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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 POSTE DE SANTE ..... 13 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 14 CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .. 15 MATERNITE RURALE ..... 16 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... 17 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19  (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ..... 21 CABINET/MÉDECIN ..... 22 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 23 PHARMACIE ..... 24 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 25 DISPENSARE RELIG ..... 26  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1017	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1018	VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1') :  UN CODE <input type="checkbox"/> '21-46' ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1021
1019	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1021
1020	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1022
1021	VÉRIFIEZ 1015 :  OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 1024
1022	Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez fait ce test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1025

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1023	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	→ 1028
1024	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1032
1025	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	
1026	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, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 POSTE DE SANTE 13 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 14 CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .. 15 MATERNITE RURALE 16 STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE 17 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC 19 _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ..... 21 MÉDECIN/CABINET PRIVÉ 22 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 23 PHARMACIE ..... 24 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 25 DISPENSAIRE RELIG 26 AUTRE MEDICAL PRIVÉ 27 _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 _____ (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43 AUTRE ..... 96 _____ (PRÉCISEZ)	
1027	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1031

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1028	Quel était le résultat du test ?	POSITIF ..... 1 NEGATIF ..... 2 INDÉTERMINÉ ..... 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE ..... 4 N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT DU TEST ..... 5	→ 1031
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	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 MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH 95	
1030	Est-ce que vous prenez actuellement des TAR qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des TAR.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1031	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION; SI LE NOMBRE DE TESTS EST DE 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1034
1033	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1034
1033A	Quel était le résultat du test à partir du kit?	POSITIF ..... 1 NEGATIF ..... 2 INDÉTERMINÉ ..... 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE ..... 4	
1034	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1035	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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1036	VÉRIFIEZ 1028 : CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1040
1037	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH. Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1038	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																		
1039	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	1	2	b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.	1	2	c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.	1	2	d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	1	2	e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.	1	2																																	
	OUI	NON																																																			
a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	1	2																																																			
b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.	1	2																																																			
c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.	1	2																																																			
d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	1	2																																																			
e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.	1	2																																																			
1039A	VÉRIFIEZ 1039 (CATÉGORIES 'd' et 'e') : AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		1040																																																		
1039B	Suite à cette stigmatisation/discrimination dont vous avez été victime au cours des 12 derniers mois, est-ce qu'il vous est arrivé d'éviter de vous rendre dans une structure de santé alors que vous en aviez besoin ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>OUI .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	1040																																														
OUI .....	1																																																				
NON .....	2																																																				
1039C	Il s'agit de quelle structure ?	<p><b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....</td><td style="text-align: right;">11</td></tr> <tr><td>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .....</td><td style="text-align: right;">12</td></tr> <tr><td>POSTE DE SANTE .....</td><td style="text-align: right;">13</td></tr> <tr><td>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....</td><td style="text-align: right;">14</td></tr> <tr><td>CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .....</td><td style="text-align: right;">15</td></tr> <tr><td>MATERNITE RURALE .....</td><td style="text-align: right;">16</td></tr> <tr><td>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .....</td><td style="text-align: right;">17</td></tr> <tr><td>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....</td><td style="text-align: right;">18</td></tr> <tr><td colspan="2">AUTRE SECTEUR PUBLIC</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: right;">19</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td></tr> </tbody> </table> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>HÔPITAL/CLINIQUE .....</td><td style="text-align: right;">21</td></tr> <tr><td>MÉDECIN/CABINET PRIVÉ .....</td><td style="text-align: right;">22</td></tr> <tr><td>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....</td><td style="text-align: right;">23</td></tr> <tr><td>PHARMACIE .....</td><td style="text-align: right;">24</td></tr> <tr><td>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....</td><td style="text-align: right;">25</td></tr> <tr><td>DISPENSARE RELIG .....</td><td style="text-align: right;">26</td></tr> <tr><td colspan="2">AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: right;">27</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td></tr> </tbody> </table> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td>HÔPITAL ONG .....</td><td style="text-align: right;">31</td></tr> <tr><td>CLINIQUE ONG .....</td><td style="text-align: right;">32</td></tr> <tr><td colspan="2">AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">_____</td><td style="text-align: right;">36</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</td></tr> </tbody> </table>	HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....	11	CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .....	12	POSTE DE SANTE .....	13	CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....	14	CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .....	15	MATERNITE RURALE .....	16	STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .....	17	SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....	18	AUTRE SECTEUR PUBLIC		_____	19	(PRÉCISEZ)		HÔPITAL/CLINIQUE .....	21	MÉDECIN/CABINET PRIVÉ .....	22	CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....	23	PHARMACIE .....	24	SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....	25	DISPENSARE RELIG .....	26	AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ		_____	27	(PRÉCISEZ)		HÔPITAL ONG .....	31	CLINIQUE ONG .....	32	AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG		_____	36	(PRÉCISEZ)		
HÔPITAL DU GOUVERNEMENT .....	11																																																				
CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .....	12																																																				
POSTE DE SANTE .....	13																																																				
CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....	14																																																				
CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .....	15																																																				
MATERNITE RURALE .....	16																																																				
STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE .....	17																																																				
SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....	18																																																				
AUTRE SECTEUR PUBLIC																																																					
_____	19																																																				
(PRÉCISEZ)																																																					
HÔPITAL/CLINIQUE .....	21																																																				
MÉDECIN/CABINET PRIVÉ .....	22																																																				
CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL .....	23																																																				
PHARMACIE .....	24																																																				
SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL .....	25																																																				
DISPENSARE RELIG .....	26																																																				
AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ																																																					
_____	27																																																				
(PRÉCISEZ)																																																					
HÔPITAL ONG .....	31																																																				
CLINIQUE ONG .....	32																																																				
AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG																																																					
_____	36																																																				
(PRÉCISEZ)																																																					

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1040	<p>VÉRIFIEZ 1001 :</p> <p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>a) À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA <input type="checkbox"/></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>	
1041	<p>VÉRIFIEZ 722 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1042	<p>VÉRIFIEZ 1040 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1044
1043	<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>	
1044	<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>	
1045	<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>	
1045A	<p>VÉRIFIEZ 1043, 1044, ET 1045:</p> <p>A EU UNE INFECTION (UN 'OUI') <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1045B	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1043/1044/1045), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1046

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1045C	<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><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT . . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT . . . . . B</p> <p>POSTE DE SANTÉ . . . . . C</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST . . . . .</p> <p>ET CONSEIL . . . . . D</p> <p>CENTRE DE PF GOUVERNEMENT/CEN . . . . . E</p> <p>MATERNITE RURALE . . . . . F</p> <p>STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE . . . . . G</p> <p>CASE DE SANTE . . . . . H</p> <p>AUTRE PUBLIC . . . . . I</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE . . . . . J</p> <p>CABINET/MEDECIN PRIVE . . . . . K</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST . . . . .</p> <p>ET CONSEIL . . . . . L</p> <p>PHARMACIE . . . . . M</p> <p>DISPENSARE RELIG . . . . . N</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVÉ . . . . . O</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG . . . . . P</p> <p>CLINIQUE ONG . . . . . Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG . . . . .</p> <p>_____ R</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE . . . . . S</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE . . . . . T</p> <p>PARENTS/AMIS . . . . . U</p> <p>MARCHANT AMBULANTS . . . . . V</p> <p>AUTRE . . . . . X</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1045D	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1043/1044/1045), Avez-vous utilisé un préservatif avec votre partenaire lors de votre dernier rapport sexuel?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	
1046	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 demande qu'un condom soit utilisé quand ils ont des rapports sexuels ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	
1047	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>	
1048	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1101</p>		
1049	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE . . . . . 8</p>	
1050	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛRE . . . . . 8</p>	

## SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1101	Combien de minutes faut-il pour aller de votre maison à l'établissement de santé le plus proche, qui peut être un hôpital, une clinique, un cabinet médical ou un poste de santé ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de santé depuis votre maison ?  SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCERCLÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	<b>MOTORISÉ</b> VOITURE/CAMION ..... 01 BUS PUBLIC ..... 02 MOTOCYLETTE/SCOOTER ..... 03 BATEAU À MOTEUR ..... 04  <b>NON MOTORISÉ</b> CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL .... 05 BICYCLETTE ..... 06 BATEAU SANS MOTEUR ..... 07 EN MARCHANT ..... 08  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1103	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1104	Je vais maintenant vous poser des questions sur des tests qu'un prestataire de santé peut faire pour le cancer du col utérin qui est le cancer dans le col de l'utérus. Le cervix ou col de l'utérus relie l'utérus au vagin. Pour faire un dépistage du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos avec les jambes relevées. Le prestataire de santé utilise ensuite une petite brosse ou une petite tige pour prélever un échantillon de cellules à l'intérieur du col de l'utérus. Le prélèvement est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Le test est appelé frottis vaginal ou test du VPH. Il existe une autre méthode appelée IVA ou Inspection Visuelle à l'Acide Acétique. Au cours de ce test, le prestataire de santé applique du vinaigre sur le col de l'utérus pour voir s'il se produit une réaction.		
1105	Est-ce que vous avez déjà été testée par un médecin ou un autre prestataire de santé pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière. Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1108
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	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	→ 1110
1109	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CIGARETTES ROULÉES ..... A PIPES BOURRÉES DE TABAC ..... B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILL ..... C PIPE À EAU ..... D TABAC À PRISER, PAR LA BOUCHE ..... E TABAC À PRISER, PAR LE NEZ ..... F TABAC À MÂCHER ..... G  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
1110	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool. Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs ou de la boisson locale fermentée (comme le baangui ou boisson fabriquée à base de céréales locales) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1113

## SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1111	<p>Au cours du dernier mois, quel est le nombre de jours pendant lesquels vous avez bu une boisson alcoolisée ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND 'CHAQUE JOUR' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR,' ENCERCLEZ LE CODE '95'.</p>	<p>N'A PAS BU D'ALCOOL ..... 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 95</p>	→ 1113															
1112	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, ou un verre de liqueur est un verre d'alcool. Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres buviez-vous habituellement par jour?</p> <p>MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES</p>	<p>MOINS D'UN VERRE STANDARD ..... 00</p> <p>NOMBRE DE VERRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
1113	<p>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 bien ce n'est pas un problème</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION .....	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2	c) DISTANCE .....	1	2	d) ALLER SEULE .....	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION .....	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2																
c) DISTANCE .....	1	2																
d) ALLER SEULE .....	1	2																
1114	<p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1116															
1115	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>																

## SECTION 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1201A	<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> <p>NE REMPLISSEZ PAS ENCORE L'ORDRE DES FRÈRES ET SOEURS.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">NOM</th> <th style="width: 15%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> <th style="width: 25%;">NOM</th> <th style="width: 35%;">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"/>																																												
1202A	<p>VÉRIFIEZ 1201A:</p> <p style="text-align: center;">AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p style="text-align: center;">AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p>		→ 1204A																																												
1203A	<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"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201A.</p>																																														
1204A	<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"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201A.</p>																																														
1205A	<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"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201A.</p>																																														
1206A	<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"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1201A.</p>																																														
1207A	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1201A.</p>	TOTAL DE FRÈRES ET SOEUR . . . <input type="text"/> <input type="text"/>																																													

## SECTION 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1208A	<p>VÉRIFIEZ 1207A:</p> <p>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 ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p>	<p>→ VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1201A ET/OU 1207A.</p>	
1209A	<p>VÉRIFIEZ 1207A:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/>      AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ      OU SOEUR LISTÉ</p>	<p>→ SEC. SUIV.</p>	
1210A	<p>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 ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À MM01 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.</p>		
1211A	<p>Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

## SECTION 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212A	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201A. POSEZ 1213A JUSQU'À 1224A POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213A	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1214A	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2					
1215A	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (02) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (03) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (04) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (05) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (06) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (07) ←
1216A	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06)	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07)
1217A	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1218A	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A
1219A	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2
1220A	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
1221A	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 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←

## SECTION 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212A	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201A. POSEZ 1213A JUSQU'À 1224A POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213A	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1222A	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>					
1223A	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	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) ←
1224A	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 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212A	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201A. POSEZ 1213A JUSQU'À 1224A POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213A	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1214A	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2					
1215A	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (08) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (09) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (10) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (11) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (12) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1217A ← NSP ..... 8 ALLEZ À (13) ←
1216A	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> ALLEZ À (08)	<input type="text"/> ALLEZ À (09)	<input type="text"/> ALLEZ À (10)	<input type="text"/> ALLEZ À (11)	<input type="text"/> ALLEZ À (12)	<input type="text"/> ALLEZ À (13)
1217A	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/>					
1218A	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A	<input type="text"/>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1223A
1219A	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À 1223A ← NON ..... 2
1220A	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement	OUI ..... 1 ALLEZ À (08) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (09) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (10) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (11) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (12) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLEZ À (13) ← NON ..... 2
1221A	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 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLEZ À 1223A ←

## SECTION 12A : MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

1212A	LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1201A. POSEZ 1213A JUSQU'À 1224A POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1213A	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(07)	(08)	(09)	(10)	(11)	(12)
1222A	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<input type="text"/>					
1223A	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (08) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (09) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (10) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (11) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (12) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (13) ←
1224A	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (08)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (09)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (10)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (11)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (12)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (13)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE.							

## SECTION 12. EXCISION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
1201	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	→ 1203
1202	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	→ 1301
1203	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1209
1204	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	→ 1206
1205	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1206	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1207	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1208	Qui a procédé à votre excision ?	EXCISEUSE TRADITIONNELLE ... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. 12 AUTRE TRADITIONNEL _____ 16 (PRÉCISEZ)	
1209	VÉRIFIEZ 219, 220 ET 224 :  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="text"/> NÉE EN 2008 OU PLUS TARD ↓  N'A AUCUNE FILLE VIVANTE <input type="text"/> NÉE EN 2008 OU PLUS TARD		→ 1216

	<p>VÉRIFIEZ 219, 220 ET 224: INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET LE NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2008 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).</p> <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .</p>			
1210	<p>NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES ET NOM DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2007 OU PLUS TARD.</p>	<p>FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (1<sup>ère</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (2<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>	<p>AVANT AVANT-DERNIÈRE FILLE VIVANTE LA PLUS JEUNE (3<sup>e</sup> FILLE LA PLUS JEUNE) NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> NOM _____</p>
1211	<p>Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1211 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1211 ← À LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 1211 ← À LA PREMIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES ALLEZ À 1216)</p>
1212	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98</p>
1213	<p>Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?</p> <p>INSISTEZ : la zone génitale a-t-été fermée ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>
1214	<p>Qui a procédé à l'excision de votre fille ?</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION. .. 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>EXCISEUSE TRADITION. .... 11 MATRONE/ ACCOUCHEUSE TRADITION. .... 12 AUTRE TRAD. .... 16 _____ (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98</p>
1215		<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>	<p>RETOURNEZ À 1211 À LA COLONNE SUIVANTE DE LA PAGE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS DE FILLES, ALLEZ À 1216.</p>
1216	<p>Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8</p>		
1217	<p>Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?</p>	<p>CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8</p>		

## SECTION13 : FISTULE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1301	<p>Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin.</p> <p>Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle, un avortement ou après une opération du pelvis.</p> <p>Souffrez vous actuellement de perte permanente d'urine ou de selle par le vagin ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1304
1302	Avez-vous déjà eu ce problème?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1304
1303	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1501
1304	Est-ce-que ce problème a commencé après avoir accouché d'un bebe vivant ou d'un bebe mort?	<p>APRÈS UNE NAISSANCE VIVANTE ..... 1</p> <p>APRÈS UN MORT NE ..... 2</p> <p>NI L'UN NI L'AUTRE ..... 3</p>	→ 1306
1305	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normal ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	<p>TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1</p> <p>ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ..... 2</p>	→ 1307
1306	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	<p>AGRESSION SEXUELLE ..... 1</p> <p>OPÉRATION DU PELVIS ..... 2</p> <p>AUTRE BLESSURE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(SPECIFY)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 1308
1307	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1304 OU 1306) les pertes ont-elles commencé ?	<p>NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM.....</p>	<input type="text"/>
1308	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1310
1309	<p>Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?</p> <p>INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A</p> <p>NE SAVAIT PAS OÙ ALLER ..... B</p> <p>TROP CHER ..... C</p> <p>TROP ÉLOIGNÉ ..... D</p> <p>MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E</p> <p>N'A PAS PU OBTENIR PERMISSIOI..... F</p> <p>GÊNÉE ..... G</p> <p>PROBLÈME A DISPARU ..... H</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	→ 1501
1310	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	<p><b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 1</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b></p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGEOISE ..... 3</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1311	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1312	Est-ce-que le traitement a stoppé complètement les pertes ?	<p>OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1</p> <p>PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2</p> <p>PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3</p>	

## SECTION 15 : SANTÉ MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ A
1500	Je vais maintenant vous poser quelques questions sur la façon dont vous vous êtes senti ou vous êtes comporté au cours des 2 dernières semaines. Vous trouverez peut-être certaines de ces questions très personnelles. Permettez-moi de vous assurer que vos réponses sont entièrement confidentielles et ne seront divulguées à personne. Si je vous pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, faites-le moi savoir et je passerai à la question suivante.				
<b>A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR</b>					
1501	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			
1502	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			
<b>B. RISQUE SUICIDAIRE</b>					
1503	Vous arrive-t-il de penser ou d'avoir pensé à l'une des situations suivantes :		OUI	NON	NSP
	a) Imaginer que vous soyez mort ou souhaiter être mort ?	a) MOURIR OU SOUHAITER MOURIR	1	2	8
	b) Vouloir vous faire du mal ?	b) FAIRE DU MAL	1	2	8
	c) Songer à vous suicider ?	c) SUICIDER	1	2	8
	d) Établir la façon dont vous pourriez vous suicider ?	d) MANIERE DE SE SUICIDER	1	2	8
	e) Faire une tentative de suicide ?	e) TENTATIVE DE SUICIDE	1	2	8
1504	Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			
<b>C. EPISODE PSYCHOTIQUE</b>					
1505	A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.				
1506	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8			<input type="checkbox"/> → 1508
1507	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8			
1508	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8			<input type="checkbox"/> → 1510
1509	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8			
1510	Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé, c'est à dire vous avez l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous, introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8			<input type="checkbox"/> → 1512

## SECTION 15 : SANTÉ MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ A
1511	Actuellement, croyez-vous cela ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1512	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	OUI .....	1	→ 1514	
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS .....	8		
1513	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1514	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéreraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?	OUI .....	1	→ 1516	
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1515	Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1516	Vous est-il déjà arrivée d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?	OUI .....	1	→ 1518	
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1516A	Ces voix s'adressent-elles à vous en commentant vos pensées ou vos actes; ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	VOIX QUI ME PARLENT .....	1	→ 1518	
		VOIX QUI SE PARLENT ENTRE ELLE .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1517	Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1518	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillée, d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?	OUI .....	1	→ 1522	
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
1519	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS/PAS SÛRE .....	8		
<b>D. ANXIETE GENERALISEE</b>					
1522	Au cours des deux dernières semaines lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent de :				
	a) Vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?	a) NERFS A FLEUR DE PEAU	OUI 1	NON 2	NSP 8
	b) Avoir les muscles tendus ?	b) MUSCLES TENDUS	1	2	8
	c) Vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?	c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE	1	2	8
	d) Avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?	d) DIFFICULTES CONCENTRATION	1	2	8
	e) Etre particulièrement irritable ?	e) IRRITABLE	1	2	8
	f) Avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit réveils précoces ou dormir trop) ?	f) PROBLEMES DE SOMMEIL	1	2	8

## SECTION 15 : SANTÉ MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A																																										
1523	VÉRIFIEZ 1522 PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	1525A																																										
1524	Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent de : a) Vous sentir agité, tendu, les nerfs à fleur de peau ? b) Avoir les muscles tendus ? c) Vous sentir fatigué, faible, ou facilement épuisé ? d) Avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ? e) Etre particulièrement irritable ? f) Avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) NERFS A FLEUR DE PEAU</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) MUSCLES TENDUS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) DIFFICULTES CONCENTRATION</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) IRRITABLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) PROBLEMES DE SOMMEIL</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) NERFS A FLEUR DE PEAU	1	2	8	b) MUSCLES TENDUS	1	2	8	c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE	1	2	8	d) DIFFICULTES CONCENTRATION	1	2	8	e) IRRITABLE	1	2	8	f) PROBLEMES DE SOMMEIL	1	2	8															
	OUI	NON	NSP																																										
a) NERFS A FLEUR DE PEAU	1	2	8																																										
b) MUSCLES TENDUS	1	2	8																																										
c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE	1	2	8																																										
d) DIFFICULTES CONCENTRATION	1	2	8																																										
e) IRRITABLE	1	2	8																																										
f) PROBLEMES DE SOMMEIL	1	2	8																																										
1525A	VÉRIFIEZ 1501 À 1524: PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	1526																																										
<b>E. EVALUATION BIEN-ETRE</b>																																													
1525	<p>Veillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.</p> <p>Exemple : si vous vous êtes senti(e) bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux dernières semaines, cochez la -----</p> <p>a) Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>b) Je me suis senti(e) calme et tranquille: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>c) Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se): diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>d) Je me suis réveillée en me sentant fraîche et disposée: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>e) Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>JAMAIS</th> <th>DE TEMPS EN TEMPS</th> <th>MOINS DE LA MOITIE DU TEMPS</th> <th>PLUS DE LA MOITIE DU TEMPS</th> <th>LA PLUPART DU TEMPS</th> <th>TOUT LE TEMPS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) BIEN ET BONNE HUMEUR</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>b) CALME ET TRANQUILLE</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>c) PLEINE ENERGIE ET VIGOUREUX</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>d) FRAICHE ET DISPOSE</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td>e) CHOSES INTERESSANTES</td> <td>0</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> </tr> </tbody> </table>		JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	MOINS DE LA MOITIE DU TEMPS	PLUS DE LA MOITIE DU TEMPS	LA PLUPART DU TEMPS	TOUT LE TEMPS	a) BIEN ET BONNE HUMEUR	0	1	2	3	4	5	b) CALME ET TRANQUILLE	0	1	2	3	4	5	c) PLEINE ENERGIE ET VIGOUREUX	0	1	2	3	4	5	d) FRAICHE ET DISPOSE	0	1	2	3	4	5	e) CHOSES INTERESSANTES	0	1	2	3	4	5	
	JAMAIS	DE TEMPS EN TEMPS	MOINS DE LA MOITIE DU TEMPS	PLUS DE LA MOITIE DU TEMPS	LA PLUPART DU TEMPS	TOUT LE TEMPS																																							
a) BIEN ET BONNE HUMEUR	0	1	2	3	4	5																																							
b) CALME ET TRANQUILLE	0	1	2	3	4	5																																							
c) PLEINE ENERGIE ET VIGOUREUX	0	1	2	3	4	5																																							
d) FRAICHE ET DISPOSE	0	1	2	3	4	5																																							
e) CHOSES INTERESSANTES	0	1	2	3	4	5																																							

## SECTION 15 : SANTÉ MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ A				
<b>F. POUR LA PRISE EN CHARGE</b>								
1526	VÉRIFIEZ LES SYMPTÔMES SIGNALÉS AUX QUESTIONS 1501-1524 AU MOINS UN SYMPTÔME ENREGISTRÉ, AU MOINS UN 'OUI' AUX QUESTIONS 1501-1524 <input type="checkbox"/>	PAS DE SYMPTÔME <input type="checkbox"/>		1529				
1527	En pensant à ce que vous avez vous-même vécue parmi les différentes choses dont nous avons parlé, avez-vous déjà essayé de demander de l'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		1529				
1528	Auprès de qui avez-vous demandé de l'aide ? Quelqu'un d'autre? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÉDECIN/ PERSONNEL MÉDICAL ..... A ORGANISATION DES SERVICES SOCIAUX ..... B TRAVAILLEUR SOCIAL ..... C AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN ..... D LEADER RÉLIGIEUX ..... E ACTUEL/ ANCIEN CONJOINT/ PARTENAIRE ..... F AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE ..... G AMI ..... H VOISINE ..... I  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)						
1529	Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez :  a) La dépression ? b) L'anxiété ?		OUI NON a) LA DÉPRESSION ..... 1 2 b) L'ANXIÉTÉ ..... 1 2					
1529A	VÉRIFIEZ 1529 AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		1533				
1530	Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé pour la dépression ou l'anxiété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2						
1533	<b>CONDITIONS DE RÉFÉRENCE</b> A) SI 'OUI' À 1501 OU 1502 = RISQUE ÉLEVÉ D'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR ACTUEL B) SI 'OUI' À 1503 (a, b, c, d OU e) = RISQUE ÉLEVÉ DE SUICIDE ACTUEL C) SI 'OUI' À 1507 OU 1511 OU 1513 OU 1515 OU 1517 OU 1519 = RISQUE ÉLEVÉ DE TROUBLES PSYCHOTIQUES ACTUELS D) AU MOINS UN 'OUI' À 1522 = ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE							
1534	AU MOINS UN SYMPTÔME ENREGISTRÉ, AU MOINS UN 'OUI' AUX QUESTIONS 1501, 1502; 1503; 1507; 1511; 1513; 1515; 1517, 1519 OU 1522 <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>		1536				
1535	Merci d'avoir répondu à cette série de questions. Sur la base des informations que vous avez partagées avec moi à propos de vos expériences récentes, il est possible que vous bénéficierez des services fournis par [NOM DE LA STRUCTURE SELON LA RÉGION].							
1536	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 30px; height: 20px;"></td><td style="width: 30px; height: 20px;"></td></tr></table>					

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. (2)

- N NAISSANCES
- G GROSSESSES
- F FIN DE GROSSESSE
  
- 0 AUCUNE MÉTHODE
- 1 STÉRILISATION FÉMININE
- 2 STÉRILISATION MASCULINE
- 3 DIU
- 4 INJECTABLES
- 5 IMPLANTS
- 6 PILULE
- 7 CONDOM
- 8 CONDOM FÉMININ
- 9 CONTRACEPTION D'URGENCE
- 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/PARTENAIRE DÉSAPOUVE
- 4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
  
- 5 MODIFICATIONS MENSTRUELLES
- 6 AUTRES EFFETS SECONDAIRES/ SOUCIS CONCERNANT LA SANTÉ
- 7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
- 8 COÛTE TROP CHER
- N PAS PRATIQUE À UTILISER
- F FATALISTE
- A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
- D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
- X AUTRE

(PRÉCISEZ)

- Z NE SAIT PAS

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2023. Pour la collecte commençant en 2024, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2017 doit être changé en 2018, 2018 doit être changé en 2019, 2019 doit être changé en 2020, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

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

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

---

---

---

---

---

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDS-2022)  
 QUESTIONNAIRE HOMME**

**République du Sénégal**  
**Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération**  
**Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE CONCESSION .....				[ ] [ ] [ ] [ ]
NUMÉRO DE GRAPPE .....				[ ] [ ] [ ] [ ]
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				[ ] [ ] [ ] [ ]
RÉGION _____				
DEPARTEMENT _____				
DISTRICT SANITAIRE _____				
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....				[ ]
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....				[ ]
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____				[ ] [ ]
VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ] [ ] [ ] [ ]
				MOIS [ ] [ ] [ ] [ ]
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	ANNÉE No ENQUÊT <b>2 0 2</b> [ ] [ ] [ ] [ ]
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* [ ] [ ] [ ] [ ]
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
*CODES RÉSULTAT :    1 REMPLI                      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON    5 PARTIELLEMENT REMPLI    7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISEZ)				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0 1</b> LANGUE DE L'INTERVIEW** [ ] [ ]    LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** [ ] [ ]    INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) [ ]				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS    03 POULAR    05 MANDINGUE 02 WOLOF    04 SERER    06 DIOLA				
ÉQUIPE [ ] [ ] NUMÉRO		CHEF D'ÉQUIPE [ ] [ ] [ ] [ ] NUMÉRO		
_____		_____		DATE _____

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Agence nationale de la Statistique et de la Démographie. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Sénégal. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos 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'ENQUÊTEUR \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉ ACCEPTE  
 D'ÊTRE INTERVIEWÉ .. 1

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	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	Dans quelle région êtes-vous né ?	DAKAR .....01 ZIGUINCHOR .....02 DIOURBEL .....03 SAINT-LOUIS .....04 TAMBACOUNDA .....05 KAOLACK .....06 THIES .....07 LOUGA .....08 FATICK .....09 KOLDA .....10 MATAM .....11 KAFFRINE .....12 KÉDOUGOU .....13 SEDHIOU .....14  EN DEHORS DU SÉNÉGAL .....96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous né ?	PAYS _____ <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue dans votre résidence actuelle ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS .....95 VISITEUR .....96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous aménagé ici ?	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	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	Juste avant d'aménager ici, dans quelle région viviez-vous ?	DAKAR .....01 ZIGUINCHOR ..... 02 DIOURBEL ..... 03 SAINT-LOUIS ..... 04 TAMBACOUNDA ..... 05 KAOLACK ..... 06 THIES ..... 07 LOUGA .....08 FATICK .....09 KOLDA .....10 MATAM .....11 KAFFRINE ..... 12 KÉDOUGOU.....13 SEDHIOU ..... 14  EN DEHORS DU SÉNÉGAL ..... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez à Dakar, dans une ville de la région, ville départementale, ville communale ou dans un village	DAKAR ..... 1 VILLE REGIONALE ..... 2 VILLE DEPARTEMENTALE ..... 3 VILLE COMMUNALE ..... 4 VILLAGE ..... 5	
109	Pourquoi avez-vous aménagé dans cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 RÉUNIFICATION DE CONJOINTS/MARIAGE .. 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE /AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	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	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/OU111 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé: très bon, bon, moyennement bon, mauvais ou très mauvais?	TRÈS BON ..... 1 BON ..... 2 MOYENNEMENT BON ..... 3 MAUVAIS ..... 4 TRÈS MAUVAIS ..... 5	
113	Êtes-vous allé à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : Primaire (Élémentaire), Moyen, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) ..... 1 MOYEN ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
115	Quelle est la classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	CLASSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	VÉRIFIEZ 114 : PRIMAIRE (ÉLÉMENTAIRE) OU <input type="checkbox"/> MOYEN OU SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ. SI L'ENQUÊTÉ 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 SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
117A	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 118
117B	Dans quelles langues étaient donnés les programmes d'alphabétisation auxquels vous avez participé ? INSISTER : Aucune autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ARABE ..... A WOLOF ..... B POULAR ..... C SERER ..... D DIOLA ..... E MANDINGUE ..... F SONINKE ..... G FRANCAIS ..... H AUTRE ..... X (PRÉCISEZ LANGUE)	
118	VÉRIFIEZ 117 : CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ	CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ	→ 120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	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	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
121	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	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit à partir de n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT ET DE N'IMPORTE QUEL APPAREIL	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'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	
130	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 1 CHRÉTIENNE ..... 2 ANIMISTE ..... 3 SANS RÉLIGION ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	WOLOF ..... 01 POULAR ..... 02 SERER ..... 03 MANDINGUE ..... 04 DIOLA ..... 05 SONINKÉ ..... 06 ETRANGER ..... 07 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	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 dont vous êtes le père 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) 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 eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie même pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Combien de filles sont décédées ?  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 DES ENFANTS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 :  A EU <input type="checkbox"/> PLUS D'UN ENFANT ↓ N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/>	A EU <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN ENFANT → N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/>	→ 211 → 301								
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2									
211	VÉRIFIEZ 208 :  A EU <input type="checkbox"/> PLUS D'UN ENFANT ↓      A EU <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN ENFANT ↓ a) Quel âge aviez-vous quand votre premier enfant est né ?      b) Quel âge aviez-vous quand votre enfant est né ?	ÂGE EN ANNÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	VÉRIFIEZ 203 ET 205 :  AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>	→ 301								

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
213	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> a) Quel âge a votre plus jeune enfant ?      b) Quel âge a votre enfant ?	ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
214	VÉRIFIEZ 213 : (LE PLUS JEUNE) ENFANT A 0-2 ANS <input type="checkbox"/> (LE PLUS JEUNE) ENFANT A 3 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>	→ 301	
215	VÉRIFIEZ 203 ET 205 : PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> a) Quel est le nom de votre plus jeune enfant ?      b) Quel est le nom de votre enfant ?	_____ (NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE))	
216	Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 218
217	Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?	PRÉSENT ..... 1 PAS PRÉSENT ..... 2	
218	Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?	HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 AUTRE ..... 2	→ 301
219	Êtes-vous allé avec la mère de (NOM) à l'établissement de santé quand elle a donné naissance à (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	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	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
09	Contraception d'urgence. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant 3 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 condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODÉS			ALLEZ A
302	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu à la télévision quelque chose sur la planification familiale ? c) Lu dans un journal ou un magazine quelque chose sur la planification familiale ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ? e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur les media sociaux comme Facebook, Twitter, ou Instagram ? f) Vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, un dépliant ou une brochure ? g) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ou un panneau d'affichage à l'extérieur ? h) Entendu quelque chose sur la planification familiale au cours de réunions ou à l'occasion d'évènements dans la communauté ?		OUI	NON	
		a) RADIO .....	1	2	
		b) TÉLÉVISION .....	1	2	
		c) JOURNAL OU MAGAZINE .....	1	2	
		d) PORTABLE .....	1	2	
		e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM .....	1	2	
		f) POSTER/DÉPLIANT/ BROCHURE .....	1	2	
		g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE .....	1	2	
		h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS DANS COMMUNAUTÉ .....	1	2	
303	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de santé ?	OUI .....		1	
		NON .....		2	
304	Je voudrais maintenant vous parler des risques de tomber enceintes. 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	→ 306
		NON .....		2	
		NE SAIT PAS .....		8	
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES NE COMMENCENT .....		1	
		PENDANT LES RÉGLES .....		2	
		JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES .....		3	
		AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES .....		4	
		AUTRE _____ (PRÉCISEZ)		6	
		NE SAIT PAS .....		8	
306	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?	OUI .....		1	
		NON .....		2	
		NE SAIT PAS .....		8	
307	Je vais vous lire maintenant certaines déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune de ces déclarations ? a) La contraception est un problème de femme et un homme ne doit pas s'en préoccuper. b) Une femme qui utilise la contraception peut devenir une femme de moeurs légère.		PAS D'ACCORD	D'ACCORD	NSP
		a) CONTRACEPTION EST UN PROBLÈME DE FEMME	1	2	8
		b) FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE	1	2	8

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
411	<p>VÉRIFIEZ 405 ET 410 :</p> <p>LES DEUX SONT <input type="checkbox"/> CODE '2' ↓</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/ partenaire) ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre première (épouse/ partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 413
412	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
413	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.</b>		
414	<p>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 toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 501
415	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>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>	<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>	→ 429
416	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?</p> <p>IL S'AGIT DU DENIER/ACTUEL PARTENAIRE SEXUEL OU LE PLUS RECENT</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 418
417	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 419
418	<p>Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, PASSEZ À 420, MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	→ 420

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
419	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 422
420	Quelle était la marque du condom utilisé ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PROTEC ..... 01 FAGAROU ..... 02 VISA ..... 03 MANIX ..... 04 PRESA ..... 05 KAMA SUTRA ..... 06 PROTEX ..... 07 INNOTEX ..... 08 CASANOVA ..... 09 INTIMY ..... 10 CONTEX ..... 11 STAR ..... 12 TROJAM ..... 13 FEMIDON ..... 14 KISS ..... 15  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
421	Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ OU SI C'EST UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 12 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 13 CENTRE DE PF GOUV/CENTRE ADO. .... 14 MATERNITÉ RURALE ..... 15 CASE DE SANTÉ ..... 16 PHARMACIE COMMUNAUTAIRE ..... 17 STRATEGIE AVANCÉE/EQUIPE MOBILE ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 PHARMACIE ..... 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 DISPENSARE RELIGIEUX ..... 25  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> PHARMACIE/ BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... 41 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42 AMIS/PARENTS ..... 43 BAR ..... 44 VENDEUR AMBULANT ..... 45  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
422	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE/CLIENTE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)									
423	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 429								
423A	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?	IL Y A JOURS ..... 1 IL Y A SEMAINES ..... 2 IL Y A MOIS ..... 3 IL Y A ANNÉES ..... 4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>								
424	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2									
425	Quelle était votre relation avec cette seconde personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE/CLIENTE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)									
426	À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres personnes au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 429								
427	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2									
428	Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE/CLIENTE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)									

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
429	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
429A	<p>Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on donné des préservatifs ? (ex: lors d'une campagne d'information, dans un centre d'accueil ou un établissement de santé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A								
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓ NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 514								
502	VÉRIFIEZ 418 : HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON POSÉE ↓ HOMME <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 514								
503	VÉRIFIEZ 407 : UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓ PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> ÉPOUSE/ PARTENAIRE		→ 509								
504	Est-ce que votre (épouse/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 507								
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ENFANT ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
506	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
507	VÉRIFIEZ 208 : A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓ a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ? N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓ b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez- vous ne pas avoir d'enfant ?	VEUT (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE/PARTENAIRE STÉRILISÉE ..... 4 ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ..... 5 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
508	VÉRIFIEZ 208 : A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ? N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓ b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
509	Est-ce que l'une de vos (épouses/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 512								



## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A		
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604		
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour congé, maladie, vacances ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604		
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 607		
604	Quelle est votre occupation ? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>		
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, 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			
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4			
607	VÉRIFIEZ 401 :  ACTUELLEMENT MARIÉ OU VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 612		
608	VÉRIFIEZ 606 :  CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 610		
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)			
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé : vous, votre (épouse/partenaire), vous et votre (épouse/partenaire) conjointement ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE CONJOINTEMENT ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6			
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE CONJOINTEMENT ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6			

## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODÉS	ALLEZ A																								
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/ PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE .. 04 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 615																								
613	Avez-vous un titre/acte de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 615																								
614	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
615	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC ÉPOUSE/ PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE .. 04 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 617A																								
616	Avez-vous un titre/acte de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 617A																								
617	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
617A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 617C																								
617B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vous-même déposé de l'argent sur ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
617C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																									
618	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8	b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8	c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8	e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) Si elle sort sans le lui dire ?	1	2	8																								
b) Si elle néglige les enfants ?	1	2	8																								
c) Si elle argumente avec lui ?	1	2	8																								
d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	1	2	8																								
e) Si elle brûle la nourriture ?	1	2	8																								
619	À votre connaissance, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
700	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
701	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 729
702	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 708
703	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	
704	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
705	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
708	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
709	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
710	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 712
711	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
712	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
713	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 721
714	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	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	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>POSTE DE SANTE DU GOUVERNEMENT 13</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 14</p> <p>CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO .. 15</p> <p>MATERNITE RURALE 16</p> <p>STRATEGIE AVANCÉE/EQUIPE MOBILE 17</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 19</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CABINET MEDICAL PRIVÉ ..... 22</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 23</p> <p>PHARMACIE ..... 24</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 25</p> <p>DISPENSAIRE RELIGIEUX 26</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVÉ</p> <p>_____ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR ONG</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>MAISON ..... 41</p> <p>LIEU DE TRAVAIL ..... 42</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
716	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 720
717	Quel était le résultat du test ?	<p>POSITIF ..... 1</p> <p>NEGATIF ..... 2</p> <p>INDÉTERMINÉ ..... 3</p> <p>N'A PAS VOULU RÉPONDRE ..... 4</p>	→ 720
718	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p> <p>MÊME DATE QUE TEST VIH LE PLUS RÉCENT 95</p>	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A																		
719	Est-ce que vous prenez actuellement des TAR qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des TAR .	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																			
720	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION, SI LE NOMBRE DE TESTS EST 95 OU PLUS, FNRF/GISTR/F7 '95'	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/>																			
721	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723																		
722	Vous êtes-vous testé vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723																		
722A	Quel était le résultat du test à partir du kit?	POSITIF ..... 1 NEGATIF ..... 2 INDÉTERMINÉ ..... 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE ..... 4																			
723	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8																			
724	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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8																			
725	VÉRIFIEZ 717 :  CODE '1' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 729																		
726	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH .  Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2																			
727	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante: J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2																			
728	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :  a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission. c) J'ai été insulté, harcelé ou menacé parce que j'ai le VIH. d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondé, m'a traité de tous les noms ou m'a agressé verbalement d'une autre manière parce que j'ai le	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) INSULTÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMENT.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....	1	2	b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSION.....	1	2	c) INSULTÉ.....	1	2	d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ.....	1	2	e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMENT.....	1	2	
	OUI	NON																			
a) LES GENS ONT MAL PARLÉ.....	1	2																			
b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSION.....	1	2																			
c) INSULTÉ.....	1	2																			
d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ.....	1	2																			
e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMENT.....	1	2																			

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
728A	VÉRIFIEZ 728 (CATÉGORIES 'd' et 'e') : AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>	100001	→ 729
728B	Suite à cette stigmatisation/discrimination don't vous avez été victime au cours des 12 derniers, est-ce qu'il vous est arrivé d'éviter de vous rendre dans une structure de santé alors que vous en aviez besoin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 729
728C	Il s'agit de quelle structure ?	<b>SECTEUR MEDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ..... 12 POSTE DE SANTE DU GOUVERNEMENT ..... 13 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 14 CENTRE DE PF GOUV./CENTRE ADO ..... 15 MATERNITE RURALE ..... 16 STRATEGIE AVANCÉE/EQUIPE MOBILE ..... 17 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 18 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19  (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CABINET MÉDICAL PRIVÉ ..... 22 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... 23 PHARMACIE ..... 24 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL ..... 25 DISPENSAIRE RELIGIEUX ..... 26 AUTRE SECTEUR PRIVÉ ..... 27  (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR ONG ..... 36  (PRÉCISEZ)	
729	VÉRIFIEZ 701 : A ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> a) À part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
730	VÉRIFIEZ 414 : A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 735
731	VÉRIFIEZ 729 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 733
732	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
733	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
734	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère sur leur pénis ou à côté. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur votre pénis ou à côté ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
734A	VÉRIFIEZ 732, 733 ET 734:  A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI')	N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION OU NE SAIT PAS	→ 735
734B	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 732/733/734), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 735
734C	Où êtes-vous allé ?  Pas d'autre endroit ?  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)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ DU GOV. .... B POSTE DE SANTÉ ..... C CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... D CENTRE DE PF GOUV./CEN. .... E MATERNITE RURALE ..... F STRAT. AVANCÉE/EQU. MOBILE ..... G CASE DE SANTE ..... H  AUTRE PUBLIC ..... I  _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE ..... J CABINET/MEDECIN PRIVE ..... K CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL ..... L PHARMACIE ..... M DISPENSARE RELIG ..... N  AUTRE MEDICAL PRIVÉ ..... O  _____ (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... P CLINIQUE ONG ..... Q AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... R  _____ (PRÉCISEZ)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE/MARCHE ..... S INSTITUTION RELIGIEUSE ..... T PARENTS/AMIS ..... U MARCHANT AMBULANTS ..... V  AUTRE _____ X  _____ (PRÉCISEZ)	
735	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 condom quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
736	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
802	Certains hommes ont été traditionnellement circoncis par un praticien traditionnel, un membre de la famille ou un ami. Avez-vous été traditionnellement circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 804
803	Quel âge aviez-vous quand vous avez été traditionnellement circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
804	Certains hommes ont été médicalement circoncis, c'est-à-dire qu'un prestataire de santé leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis.. Avez-vous été médicalement circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
805	Quel âge aviez-vous quand vous avez été médicalement circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
806	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 809 → 808
807	Dans le passé, est-ce que fumiez tous les jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 810
808	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 811
809	En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-mois aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour. SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'. a) Des cigarettes fabriquées commercialement ? b) Des cigarette roulées à la main ? c) Des Kreteks ? d) Des pipes remplies de tabac? e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ? f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ? g) Autre chose ?  _____ (PRÉCISEZ)	NOMBRE PAR JOUR a) CIGARETTES COMMERCIALES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) CIGARETTES ROULÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> c) KRETEKS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d) PIPES REMPLIES TABAC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGUILÉ ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 811

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
810	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS CHAQUE SEMAINE, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes remplies de tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES COMMERCIALES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES REMPLIES TABAC .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGUILÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
811	<p>Consommez-vous actuellement du tabac non-fumé chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>TOUS LES JOURS ..... 1</p> <p>CERTAINS JOURS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>	<p>→ 813</p> <p>→ 814</p>
812	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 814</p>

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
813	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-mois aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
814	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool. Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs ou de la boisson locale fermentée (comme le baangui ou boisson fabriquée à base de céréales</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 817
815	<p>Au cours du dernier mois, pendant combien des jours avez bu une boisson alcoolisée ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉ RÉPOND 'CHAQUE JOUR' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR,' ENTOUREZ CODE '95'.</p>	<p>N'A MÊME BU D'ALCOOL ..... 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/PRESQUE CHAQUE JOUR ... 95</p>	→ 817
816	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, un verre de liqueur. Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres buviez-vous habituellement par jour?</p> <p>MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES</p>	<p>MOINS D'UN VERRE STANDARD ..... 00</p> <p>NOMBRE DE VERRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
817	<p>Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 901
818	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A</p> <p>ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR .. B</p> <p>SÉCURITÉ SOCIALE ..... C</p> <p>AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE .. D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

## SECTION 9. EXCISION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ A
901	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 903
902	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1001
903	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
904	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 10 SANTE MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
1000	Je vais maintenant vous poser quelques questions sur la façon dont vous vous êtes senti ou vous êtes comporté au cours des 2 dernières semaines. Vous trouverez peut-être certaines de ces questions très personnelles. Permettez-moi de vous assurer que vos réponses sont entièrement confidentielles et ne seront divulguées à personne. Si je vous pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, faites-le moi savoir et je passerai à la question suivante.		
<b>A. EPISODE DEPRESSIF MAJEUR</b>			
1001	Au cours des deux dernières semaines, vous êtes-vous senti(e) particulièrement triste, cafardeux(se), déprimé(e), la plupart du temps au cours de la journée, et ce, presque tous les jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1002	Au cours des deux dernières semaines, aviez-vous presque tout le temps le sentiment de n'avoir plus goût à rien, d'avoir perdu l'intérêt ou le plaisir pour les choses qui vous plaisent habituellement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
<b>B. RISQUE SUICIDAIRE</b>			
1003	Vous arrive-t-il de penser ou d'avoir pensé à l'une des situations suivantes :	O N NSP	
	a) Imaginer que vous soyez mort ou souhaiter être mort ?	a) MOURIR OU SOUHAITER MOURIR 1 2 8	
	b) Vouloir vous faire du mal ?	b) FAIRE DU MAL 1 2 8	
	c) Songer à vous suicider ?	c) SUICIDER 1 2 8	
	d) Établir la façon dont vous pourriez vous suicider ?	d) MANIERE DE SE SUICIDER 1 2 8	
	e) Faire une tentative de suicide ?	e) TENTATIVE DE SUICIDE 1 2 8	
1004	Au cours de votre vie, avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
<b>C. EPISODE PSYCHOTIQUE</b>			
1005	A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.		
1006	Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1008
1007	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

## SECTION 10 SANTE MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
1008	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1010
1009	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1010	Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé, c'est à dire vous avez l'impression que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous, introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1012
1011	Actuellement, croyez-vous cela ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1012	Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1014
1013	Actuellement, avez-vous cette impression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1014	Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1016
1015	Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1016	Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1018
1016A	Ces voix s'adressent-elles à vous en commentant vos pensées ou vos actes; ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ?	VOIX QUI ME PARLENT ..... 1 VOIX QUI SE PARLENT ENTRE ELLE ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1018
1017	Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1018	Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillée, d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	→ 1022
1019	SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

## SECTION 10 SANTE MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
<b>D. ANXIETE GENERALISEE</b>			
1022	<p>Au cours des deux dernières semaines lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent de :</p> <p>a) Vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?</p> <p>b) Avoir les muscles tendus ?</p> <p>c) Vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?</p> <p>d) Avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?</p> <p>e) Etre particulièrement irritable ?</p> <p>f) Avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?</p>	<p style="text-align: right;">O N N U O S I N P</p> <p>a) NERFS A FLEUR DE PEAU ..... 1 2 8</p> <p>b) MUSCLES TENDUS ..... 1 2 8</p> <p>c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE ..... 1 2 8</p> <p>d) DIFFICULTES CONCENTRATIO..... 1 2 8</p> <p>e) IRRITABLE ..... 1 2 8</p> <p>f) PROBEMES DE SOMMEIL ..... 1 2 8</p>	
1023	<p>VÉRIFIER Question 1022</p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> →</p>	1025A
1024	<p>Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent de :</p> <p>a) Vous sentir agité, tendu, les nerfs à fleur de peau ?</p> <p>b) Avoir les muscles tendus ?</p> <p>c) Vous sentir fatigué, faible, ou facilement épuisé ?</p> <p>d) Avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?</p> <p>e) Etre particulièrement irritable ?</p> <p>f) Avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?</p>	<p style="text-align: right;">O N N U O S I N P</p> <p>a) NERFS A FLEUR DE PEAU ..... 1 2 8</p> <p>b) MUSCLES TENDUS ..... 1 2 8</p> <p>c) FATIGUE / FAIBLE / EPUISE ..... 1 2 8</p> <p>d) DIFFICULTES CONCENTRATION ..... 1 2 8</p> <p>e) IRRITABLE ..... 1 2 8</p> <p>f) PROBEMES DE SOMMEIL ..... 1 2 8</p>	
1025A	<p>VÉRIFIER Questions Q1001 a Q1024:</p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> →</p>	1026

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
<b>E. EVALUATION BIEN-ETRE</b>			
1025	<p>Veillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.</p> <p>Exemple : si vous vous êtes senti(e) bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux dernières semaines, cochez la case 3.</p> <p>a) Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>b) Je me suis senti(e) calme et tranquille: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>c) Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se): diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>d) Je me suis revenue en me sentant fraîche et disposée: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p> <p>e) Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes: diriez-vous jamais, de temps en temps, moins de la moitié du temps, plus de la moitié du temps, la plupart du temps, ou tout le temps?</p>	<p style="text-align: center;">... : O L I U N S S D L D E A D E E L P L A L T A U E M P T M M O A O P O I R U S I T T T T I E I E D L N E U E J D A T D U T T M E U E E A M T M M I P T E P P S S E M S S</p> <p>a) BIEN ET BONNE HUMEUR 0 1 2 3 4 5</p> <p>b) CALME ET TRANQUILLE 0 1 2 3 4 5</p> <p>c) PLEINE ENERGIE ET VIGOUREUX 0 1 2 3 4 5</p> <p>d) FRAICHE ET DISPOSE 0 1 2 3 4 5</p> <p>e) CHOSES INTERESSANTES 0 1 2 3 4 5</p>	

## SECTION 10 SANTE MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
<b>F. POUR LA PRISE EN CHARGE</b>			
1026	VÉRIFIER LES SYMPTÔMES SIGNALÉS AUX QUESTIONS 1001-1024  AU MOINS UN SYMPTÔME ENREGISTRÉ, AU MOINS UN 'OUI' AUX QUESTION 1001-1024 <input type="checkbox"/>	PAS DE SYMPTÔME <input type="checkbox"/>	→ 1029
1027	En pensant à ce que vous avez vous-même vécue parmi les différentes choses dont nous avons parlés, avez-vous déjà essayé de demander de l'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1029
1028	Auprès de qui avez-vous demandé de l'aide ?  Quelqu'un d'autre?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST	MÉDECIN/ PERSONNEL MÉDICAL ..... A ORGANISATION DES SERVICES SOCI/ ..... B TRAVAILLEUR SOCIAL ..... C AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGI ..... D LEADER RÉLIGIEUX ..... E ACTUEL/ ANCIEN CONJOINT/ PARTEN/ ..... F AUTRE MEMBRE DE LA FAMILLE ..... G  AMI ..... H VOISINE ..... I  AUTRE _____ X (SPECIFY)	
1029	Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous avez :  a) La dépression ? b) L'anxiété	  a) LA DÉPRESSION ..... 1 2 b) L'ANXIÉTÉ ..... 1 2	O N U O I N
1030	Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pris des médicaments prescrits par un médecin ou un autre professionnel de santé pour la dépression ou l'anxiété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1033	<b>CONDITIONS DE REFERENCE</b> A) Si 'oui' à 1001 ou 1002 = Risque élevé d'épisode dépressif majeur actuel B) Si 'oui' à 1003 (a, b, c, d ou e) = Risque élevé de suicide actuel C) Si 'oui' à 1007 ou 1011 ou 1013 ou 1015 ou 1017 ou 1019 = Risque élevé de troubles psychotiques actuels D) Au moins un 'oui' à 1022 = Anxiété généralisée		
1034	AU MOINS UN SYMPTÔME ENREGISTRÉ, AU MOINS UN 'OUI' AUX QUESTION 1001, 1002; 1003; 1007; 1011; 1013; 1015; 1017, 1019 ou 1022 <input type="checkbox"/>	'AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 1036

## SECTION 10 SANTE MENTALE (SM)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
1035	Merci d'avoir répondu à cette série de questions. Sur la base des informations que vous avez partagées avec moi à propos de vos expériences récentes, il est possible que vous bénéficierez des services fournis par [NOM DE LA STRUCTURE SELON LA REGION].						
1036	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES <table border="1" data-bbox="1262 277 1337 315"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> MINUTES <table border="1" data-bbox="1262 322 1337 360"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>					

OBSERVATION DE L'ENQUÊTEUR  
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ CONTINUE (EDS-CONTINUE 2022)  
 QUESTIONNAIRE ANTHROPOMÉTRIE**

**République du Sénégal**  
**Ministère de l'Economie, du Plan et de la Coopération**  
**Ministère de la Santé et de l'Action Sociale**

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE CONCESSION .....				[ ]
NUMÉRO DE GRAPPE .....				[ ]
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				[ ]
RÉGION _____				[ ]
DEPARTEMENT _____				[ ]
DISTRICT SANITAIRE _____				[ ]
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....				[ ]
DAKAR/CAPITALE RÉGIONALE/AUTRE VILLE/RURAL (DAKAR=1, CAPITALE RÉGIONALE=2, AUTRE VILLE=3, RURAL=4) .....				[ ]
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....				[ ]
VISITES DE L'AGENT DE SANTÉ / AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR)				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR [ ] [ ]
NOM [DE L'AGENT DE TERRAIN]	_____	_____	_____	MOIS [ ] [ ]
				ANNÉE [ ] [ ] [ ] [ ]
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES [ ]
NOTES: _____ _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES [ ] [ ]
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>0 1</b>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	[ ] [ ]	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**
			[ ] [ ]	INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>		**CODES LANGUES :	
			01 FRANÇAIS	03 POULAR
			02 WOLOF	04 SERER
				05 MANDIGUE
				06 DIOLA
ÉQUIPE [ ] [ ] NUMÉRO	CHEF D'ÉQUIPE [ ] [ ] [ ] [ ] NOM		DATE	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).		
	ENFANT 1		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.  [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU MÉNAGE.]	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 125
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	} → 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	} → 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE ..... 1 DEBOUT ..... 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'ASSISTANT DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]	
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE.		
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, <b>FIN</b> .		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).	
	ENFANT 2	
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.  [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU	NOM _____  NUMÉRO DE LIGN . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 125
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'ASSISTANT DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE.	
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, FIN.	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES ENFANTS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI [COLONNE 11 DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE]. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM DE TOUS LES ENFANTS ÉLIGIBLES DE 0-5 ANS À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES EN COMMENÇANT PAR LE PREMIER ENFANT SUR LA LISTE. S'IL Y A PLUS DE TROIS ENFANTS, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).	
	ENFANT 3	
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.  [ENREGISTREZ LE NOM DE LA COLONNE 2 DU TABLEAU MÉNAGE; ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA COLONNE 11 DU TABLEAU	NOM _____  NUMÉRO DE LIGN ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES. SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 125
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉ ..... 1 DEBOUT ..... 2
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____	
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR).	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO (CODE) DE L'ASSISTANT DE L'AGENT DE SANTÉ/AGENT BIOMARQUEUR (MESUREUR)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE D'ANTHROPOMÉTRIE.	
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, FIN.	



#### NOTES POUR LES BIOMARQUEURS

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan d'enquête spécifique au pays.
- (2) Supprimer la section prévue pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du Contrôleur CAPI si l'enquête n'a pas de Contrôleurs CAPI distincts des Chefs d'Équipe
- (3) Ajustez les instructions selon que les données du questionnaire pour l'enquête sont collectées par CAPI ou sur papier. Les instructions pour les enquêtes papier sont indiquées entre parenthèses.
- (4) Dans les pays où les balances indiquent le poids avec une seule décimale, gardez seulement une case après la décimale et supprimez le premier '9' des trois autres codes.
- (5) Adapter le libellé des instructions pour prendre en compte les pratiques locales telles que porter au cou des bobines en laiton ou autres bijoux ornementaux lourds qui ne peuvent pas être enlevés.
- (6) Adapter le libellé de l'instruction pour l'adapter aux pratiques locales.
- (7) Le seuil pour l'anémie sévère doit être adapté à la norme du pays.



MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE DES ENFANTS SELECTIONNÉS DE 0-4 ANS

101	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI POUR LES ENFANTS SELECTIONNÉS POUR LA RE-MESURE. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM POUR LE PREMIER ENFANT SELECTIONNÉ À LA QUESTION 102 SUR CETTE PAGE. S'IL Y A PLUS D'UN ENFANT SELECTIONNÉ DANS UN MÉNAGE, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRE(S) SUPPLÉMENTAIRE(S).		
	ENFANT À RE-MESURER		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____ NUMERO DE LIGNE .. <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT.	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	VÉRIFIEZ LE RAPPORT CAPI: ENREGISTREZ L'ÂGE DE L'ENFANT. COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0- <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 116
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES. SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT .....9994 REFUS .....9995 AUTRE .....9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉE ..... 1 DEBOUT ..... 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE? _____ _____		

MESURE DU POIDS ET DE LA TAILLE DES ENFANTS SELECTIONNÉS DE 0-4 ANS

112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2								
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN] DU MESUREUR.	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]								
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE [AGENT DE TERRAIN] DU MESUREUR ASSISTANT	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> NUMÉRO [AGENT DE TERRAIN]								
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
116	S' IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, TERMINEZ L'INTERVIEW.									

#### NOTES POUR LES BIOMARQUEURS

- (1) Cette section doit être adaptée selon le plan d'enquête spécifique au pays.
- (2) Changer le nombre maximum de visites anticipées selon le plan général du travail sur le terrain; Plus le sous-échantillon dans lequel l'anthropométrie est effectuée est petit, plus le nombre de visites faisables dans le temps programme pour chaque grappe
- (3) Supprimer la section pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du contrôleur de CAPI si l'enquête n'a pas de contrôleurs de CAPI différents des chefs d'équipes.
- (3) Dans les pays où les balances indiquent le poids avec une seule décimale, gardez seulement une case après la décimale et supprimez le premier '9' des trois autres codes.
- (4) Adapter le libellé de l'instruction pour l'adapter aux pratiques locales.
- (5) Adapter le libellé des instructions pour prendre en compte les pratiques locales telles que porter au cou des bobines en laiton ou autres bijoux ornementaux lourds qui ne peuvent pas être enlevés.
- (6) Le seuil pour l'anémie sévère doit être adapté à la norme du pays.