





**ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-IV)  
QUESTIONNAIRE MÉNAGE**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

**INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE**

IDENTIFICATION							
NOM DE LA LOCALITÉ _____							
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____							
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
NUMÉRO DU MÉNAGE .....	MÉNAGE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
DÉPARTEMENT .....	DÉPARTEMENT _____						
VILLE/COMMUNE .....	VIL./COM. <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	URBAIN/RURAL _____						
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL .....	RÉSIDENCE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
<small>(Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)</small>							

ENQUÊTE HOMME / TEST D'ANEMIE / TEST DU VIH / POIDS ET TAILLE (OUI=1, NON=2) .....	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

STATUT DE LA FEMME / RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2) .....	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

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

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR																								
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						
DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							DATE _____ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						

**TABLEAU DE MÉNAGE**

Nous voudrions, maintenant, des renseignements sur les personnes qui vivent habituellement dans votre ménage ou qui vivent chez vous actuellement.

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	SI ÂGE 5-14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) vit-elle ici habituel- lement ?	(NOM) a-t-elle passé la nuit dernière ici ?		ÉTAT MA- TRIMONIAL	SI LIEN PARENTÉ =10, 11, 12 ou 98	ENCER- CLER LE NUMÉ- RO DE LIGNE DE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS	ENCER- CLER LE NUMÉ- RO DE LIGNE DE DE TOUS LES HOMMES DE 15-59 ANS	ENCER- CLER LE NUMÉ- RO DE LIGNE DE DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)	(10)	(11)
			M F	OUI NON	OUI NON	ANNÉES	1 2 3 4	OUI NON			
01			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	01	01	01
02			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	02	02	02
03			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	03	03	03
04			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	04	04	04
05			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	05	05	05
06			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	06	06	06
07			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	07	07	07
08			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	08	08	08
09			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	09	09	09
10			1 2	1 2	1 2		1 2 3 4	1 2	10	10	10

\* CODES POUR Q. 3

LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MÉNAGE :

01 = CHEF DE MÉNAGE

02 = MARI OU FEMME

03 = FILS OU FILLE

04 = GENDRE OU BELLE-FILLE

05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE

06 = PÈRE OU MÈRE

07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE

08 = FRÈRE OU SOEUR

09 = NEUVEU/NIECE

10 = NEUVEU/NIECE PAR ALLIANCE

11 = AUTRES PARENTS

12=ENFANT ADOPTÉ/EN

GARDE/DU CONJOINT

13=SANS PARENTÉ

98=NE SAIT PAS

\*\* CODES POUR Q. 8

ÉTAT MATRIMONIAL

1 = MARIÉ/PLACÉ/VIVAVEK/VIVANT ENSEMBLE

2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ

3 = VEUF/VEUVE

4 = JAMAIS MARIÉ/N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE

\*\*\* CODES POUR Q. 7

95= 95 ANS OU PLUS

00= POUR MOINS D'UN AN

N°. LIGNE	PERSONNE MALADE	BESOINS MATÉRIELS DE BASE			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES**							
		SI ÂGE DE 5-17 ANS			SI ÂGE DE 0-17 ANS							
SI ÂGE DE 18-59 ANS	(NOM) a-t-il/elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	(NOM) a-t-il une couverture?	(NOM) a-t-il une paire de chaussures?	(NOM) a-t-il au moins une tenue pour s'habiller et une de rechange?	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage? SI OUI : Quel est son nom? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE***	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par "très malade", je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage? SI OUI : Quel est son nom? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE***	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Est-ce que le père de (NOM) a été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par "très malade", je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	VERIFIER Q.16 À Q.21 NOTER LE No DE LIGNE DES ENFANTS DONT LA MÈRE ET/OU LE PÈRE EST DÉCÉDÉ (Q.16 ET 19) OU A ETE MALADE (Q.18 ET 21)	VERIFIER Q.16 ET Q.19: SI OUI À Q.16 ET Q.19 (DEUX PARENTS VIVANTS), ENCER-, CLER '1' AUTREMENT ENCER-, CLER '2'
(12)	OUI NON NSP	O N NS	O N NS	O N NS	O N NSP		OUI NON NSP	O N NSP		OUI NON NSP	(21A)	(22)
01	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
02	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
03	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
04	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
05	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
06	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
07	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
08	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
09	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
10	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27

\*\*\*Qs. 17 ET 20  
ENREGISTRER '00' SI LE PÈRE OU LA MÈRE  
N'EST PAS LISTÉ DANS LE TABLEAU DE MÉNAGE

FRÈRES DE 0-17 ANS				SOEURS DE 0-17 ANS				INSTRUCTION				DECLARATION DE NAISSANCE
SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS				SI AGE DE 5-24 ANS				SI 0-4 ANS
(NOM) a-t-il/elle des frères biologiques de moins de 18 ans. Par frères biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Tous ces frères de (NOM) vivent-ils dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle des soeurs biologiques de moins de 18 ans. Par soeurs biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Toutes ces soeurs de (NOM) vivent-elles dans ce ménage?	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?****  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau? ****	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire (2004 - 2005)?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ?****	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente (2003 - 2004)?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?****	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?  *****		
(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)		
O N NS	OUI NON	O N NS	OUI NON	OUI NON	NIVEAU CLASSE	OUI NO	NIVEAU CLASSE	OUI NO	NIVEAU CLASSE	A E N NS		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		

\*\*\*\*CODES POUR Qs. 28, 30, ET 32 (NOTE= CODE 98 EST PERMIS POUR Q.28 SEULEMENT)

NIVEAU CLASSE	0=PRÉ-SCOLAIRE 01= dans tous les cas	1=PRIMAIRE 00=MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01=12 <sup>o</sup> /CP1/1 <sup>ere</sup> année 02=11 <sup>o</sup> /CP2/2 <sup>o</sup> année 03=10 <sup>o</sup> /CE1/3 <sup>o</sup> année 04=9 <sup>o</sup> /CE2/4 <sup>o</sup> année 05=8 <sup>o</sup> /CM1/5 <sup>o</sup> année 06=7 <sup>o</sup> /CM2/6 <sup>o</sup> année 98=NE SAIT PAS	2=SECONDAIRE 00=MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01 = 6 <sup>o</sup> 02 = 5 <sup>o</sup> 03 = 4 <sup>o</sup> 04 = 3 <sup>o</sup> 05 = 2 <sup>o</sup> 06 = Rétho 07 = Philo 98 = NSP	3=SUPÉRIEUR 00=MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01 = 1 <sup>ere</sup> année 02 = 2 <sup>o</sup> année 03 = 3 <sup>o</sup> année 04 = 4 <sup>o</sup> année ou plus 98 = NE SAIT PAS	8=NSP
	SI RÉPONSE = PRIMAIRE, ENFANTINE 1, 2 OU 13 <sup>o</sup> , ENREGISTRER NIVEAU=0, CLASSE=01				

\*\*\*\*CODES POUR Q.33

A = ACTE  
E = ENREGISTRÉE

NI = NI L'UN NI L'AUTRE  
NS = NE SAIT PAS

N° LIGNE	RESIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MENAGE	SEXE	RÉSIDENCE		ÂGE	SI 15 ANS OU PLUS	SI AGE 5-14 ANS	ÉLIGIBILITÉ		
				(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle ici habituel- lement ?		(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ? ***	ÉTAT MA- TRIMONIAL	Quel est l'état matri- monial actuel de (NOM)?**	SI LIEN PARENTÉ =10, 11, 12 ou 98
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(8A)	(9)	(10)	(11)
11		<input type="text"/>	M F 1 2	OUI NON 1 2	OUI NON 1 2	ANNÉES <input type="text"/>	1 2 3 4	OUI NON 1 2	11	11	11
12		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	12	12	12
13		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	13	13	13
14		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	14	14	14
15		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	15	15	15
16		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	16	16	16
17		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	17	17	17
18		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	18	18	18
19		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	19	19	19
20		<input type="text"/>	1 2	1 2	1 2	<input type="text"/>	1 2 3 4	1 2	20	20	20

\* CODES POUR Q. 3

LIEN DE PARENTÉ AVEC LE CHEF DE MENAGE :

- 01 = CHEF DE MENAGE
- 02 = MARI OU FEMME
- 03 = FILS OU FILLE
- 04 = GENDRE OU BELLE-FILLE
- 05 = PETIT-FILS OU PETITE FILLE
- 06 = PÈRE OU MÈRE
- 07 = BEAU-PÈRE OU BELLE MÈRE
- 08 = FRÈRE OU SOEUR

- 09 = NEUVEU/NIECE
- 10 = NEUVEU/NIECE PAR ALLIANCE
- 11 = AUTRES PARENTS
- 12=ENFANT ADOPTÉ/EN  
GARDE/DU CONJOINT
- 13=SANS PARENTÉ
- 98=NE SAIT PAS

\*\* CODES POUR Q. 8

ETAT MATRIMONIAL

- 1 = MARIÉ/PLACE/VIVAVEK/VIVANT ENSEMBLE
- 2 = DIVORCÉ/SÉPARÉ
- 3 = VEUF/VEUVE
- 4 = JAMAIS MARIÉ/N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN PARTENAIRE

\*\*\* CODES POUR Q. 7

- 95= 95 ANS OU PLUS
- 00= POUR MOINS D'UN AN

N° LIGNE	PERSONNE MALADE	BESOINS MATÉRIELS DE BASE			SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES***							
		SI AGÉ DE 5-17 ANS			SI AGÉ DE 0-17 ANS							
SI AGÉ DE 18-59 ANS	(NOM) a-t-il/elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par très malade, je veux dire que (NOM) était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	(NOM) a-t-il une couverture?	(NOM) a-t-il une paire de chaussures?	(NOM) a-t-il au moins une tenue pour s'habiller et une de rechange?	La mère biologique de (NOM) est-elle en vie?	La mère biologique de (NOM) vit-elle dans ce ménage? SI OUI : Quel est son nom? INSCRIRE No LIGNE DE LA MÈRE***	SI LA MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE La mère de (NOM) a-t-elle été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par "très malade", je veux dire qu'elle était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	Le père biologique de (NOM) est-il en vie?	Le père biologique de (NOM) vit-il dans ce ménage? SI OUI : Quel est son nom? INSCRIRE No LIGNE DU PÈRE***	SI LE PÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE Est-ce que le père de (NOM) a été très malade pendant au moins 3 mois au cours des 12 derniers mois? Par "très malade", je veux dire qu'il était trop malade pour travailler ou pour faire ses activités normales à la maison.	VERIFIER Q.16 À Q.21 NOTER LE No DE LIGNE DES ENFANTS DONT LA MÈRE ET/OU LE PÈRE EST DÉCÉDÉ (Q.16 ET 19) OU A ETE MALADE (Q.18 ET 21)	VERIFIER Q.16 ET Q.19: SI OUI À Q.16 ET Q.19 (DEUX PARENTS VIVANTS), ENCER-, CLER '1' AUTREMENT ENCER-, CLER '2'
(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(21A)	(22)	
11	OUI NON NSP 1 2 8	O N NS 1 2 8	O N NS 1 2 8	O N NS 1 2 8	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER 19		OUI NON NSP 1 2 8	O N NSP 1 2 8 ↓ ALLER 21A		OUI NON NSP 1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
12	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
13	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
14	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
15	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
16	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
17	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
18	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
19	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27
20	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 19		1 2 8	1 2 8 ↓ ALLER 21A		1 2 8		1 2 ↓ ALLER 27

\*\*\*Qs. 17 ET 20  
ENREGISTRER '00' SI  
SI LE PÈRE OU LA MÈRE  
N'EST PAS LISTÉ DANS  
LE TABLEAU DE MÉNAGE

\*\*\*\*CODES POUR Q.33  
A = ACTE  
E = ENREGISTRÉE  
NI = NI L'UN NI L'AUTRE  
NS = NE SAIT PAS

\*\*\*CODES POUR Qs. 28, 30, ET 32 (NOTE= CODE 98 EST PERMIS POUR Q.28 SEULEMENT)

NIVEAU	0=PRÉ-SCOLAIRE	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPERIEUR	8=NSP	
CLASSE	01= dans tous les cas	00=MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01=12 <sup>e</sup> /CP1/1 <sup>ère</sup> année 02=11 <sup>e</sup> /CP2/2 <sup>e</sup> année 03=10 <sup>e</sup> /CE1/3 <sup>e</sup> année 04=9 <sup>e</sup> /CE2/4 <sup>e</sup> année 05=8 <sup>e</sup> /CM1/5 <sup>e</sup> année 06=7 <sup>e</sup> /CM2/6 <sup>e</sup> année 98=NE SAIT PAS	00 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01 = 6 <sup>e</sup> 02 = 5 <sup>e</sup> 03 = 4 <sup>e</sup> 04 = 3 <sup>e</sup> 05 = 2 <sup>e</sup> 06 = Rétho 07 = Philo 98 = NSP	00 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 01 = 1 <sup>ère</sup> année 02 = 2 <sup>e</sup> année 03 = 3 <sup>e</sup> année 04 = 4 <sup>e</sup> année ou plus 98 = NE SAIT PAS		
	SI RÉPONSE = PRIMAIRE, ENFANTINE 1, 2 OU 13 <sup>e</sup> , ENREGISTRER NIVEAU=0, CLASSE=01					

FRÈRES DE 0-17 ANS				SOEURS DE 0-17 ANS				INSTRUCTION				DÉCLARATION DE NAISSANCE
SI AGE DE 0-17 ANS				SI AGE DE 5 ANS OU PLUS				SI AGE DE 5-24 ANS				SI 0-4 ANS
(NOM) a-t-il/elle des frères biologiques de moins de 18 ans. Par frères biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Tous ces frères de (NOM) vivent-ils dans ce ménage?		(NOM) a-t-il/elle des soeurs biologiques de moins de 18 ans. Par soeurs biologiques, je veux dire qui ont la même mère et le même père.	Toutes ces soeurs de (NOM) vivent-elles dans ce ménage?		(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (NOM) a atteint?****  Quelle est la dernière classe que (NOM) a achevée à ce niveau? ****	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire (2004 - 2005)?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe est/était (NOM) ?****	(NOM) a-t-il/elle fréquenté l'école à un certain moment au cours de l'année scolaire précédente (2003 - 2004)?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et dans quelle classe était (NOM) ?****	(NOM) a-t-il/elle un acte de naissance? SI NON INSISTEZ: La naissance de (NOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil?  *****
(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)		
O N NS	OUI NON	O N NS	OUI NON	OUI ON	NIVEAU CLASSE	OUI NO	NIVEAU CLASSE	OUI NO	NIVEAU CLASSE	A E NINS		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		
1 2 8 ↓ ALLER 25	1 2	1 2 8 ↓ ALLER 27	1 2	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 31	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 ↓ ALLER 33	<input type="text"/> <input type="text"/>	1 2 3 8		

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

Juste pour être sûre que j'ai une liste complète

1) Y-a-t-il d'autres personnes telles que des petits enfants ou des nourrissons que nous n'avons pas porté sur la liste ? OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

2) De plus, y-a-t-il d'autres personnes qui ne sont peut-être pas membres de votre famille tels que des domestiques, des locataires ou des amis qui vivent habituellement ici ? OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

3) Avez-vous de invités ou des visiteurs temporaires qui sont chez vous, ou d'autres personnes qui ont passé la nuit dernière ici et qui n'ont pas été listées OUI  INSCRIRE CHACUN(E) DANS LE TABLEAU NON

SI LA LISTE EST COMPLETE, RETOURNER A LA 1ERE LIGNE DE LA COL. 5

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LOGEMENT... 11 ROBINET DANS COUR ..... 12 ROBINET PUBLIC ..... 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE .. 21 <b>PUIITS ORDINAIRE (AVEC OUVERTURE)</b> PUIITS PROTÉGÉ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ... 42 EAU DE PLUIE ..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 <b>PETIT VENDEUR D'EAU À</b> <b>CHARRETTE</b> ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION ) .... 81 EAU EN BOUTEILLE ..... 91 SOCIÉTÉ DE VENTE D'EAU ..... 92  AUTRE _____ 96 PRÉCISER	→ 106 → 103 → 106 → 103 → 103
102	D'où provient principalement l'eau que vous utilisez dans votre ménage pour d'autres choses, comme pour cuisiner et vous laver les mains?	EAU DU ROBINET ROBINET/LOGEMENT... 11 ROBINET/COUR/PARCELLE .. 12 ROBINET/FONTAINE PUBLIQUE 13 PUIITS À POMPE OU FORAGE .. 21 <b>PUIITS ORDINAIRE (AVEC OUVERTURE)</b> PUIITS PROTÉGÉ..... 31 PUIITS NON PROTÉGÉ ..... 32 EAU DE SOURCE SOURCE PROTÉGÉE ..... 41 SOURCE NON PROTÉGÉE ... 42 EAU DE PLUIE..... 51 CAMION CITERNE ..... 61 <b>PETIT VENDEUR D'EAU À</b> <b>CHARRETTE</b> ..... 71 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/ BARRAGE/LAC/MARE/FLEUVE/ CANAL D'IRRIGATION ) .... 81  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 106 → 106
103	Où est située la source d'approvisionnement en eau ?	DANS LOGEMENT ..... 1 DANS COUR ..... 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"/>  SUR PLACE ..... 996 NE SAIT PAS ..... 998	→ 106



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
111	Dans votre ménage, avez-vous :  l'électricité? la radio? la télévision? un téléphone portable ? un téléphone fixe? un réfrigérateur?	<p style="text-align: right;">OUI NON</p> ÉLECTRICITÉ ..... 1 2 RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 TÉLÉPHONE PORTABLE .... 1 2 TÉL. NON PORTABLE ..... 1 2 RÉFRIGÉRATEUR ..... 1 2	
112	Quel type de combustible votre ménage utilise-t-il pour la cuisine?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 <b>LPG</b> ..... 02 GAZ NATUREL ..... 03 BIOGAZ ..... 04 KÉROSÈNE ..... 05 CHARBON, LIGNITE . . . . . 06 CHARBON [ ..... 07 BOIS ..... 08 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES PRODUITS AGRICOLES ..... 09 BOUSE ..... 10 BOUSE ..... 11  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 114
113	Dans ce ménage, est-ce que vous cuisinez sur une cuisinière ou sur un feu? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE PRÉCISE	FEU OU CUISINIÈRE A GAZ KEROSENE 1  RECHAUD A CHARBON ..... 2 SUR 3 ROCHES DU FEU ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
114	Est-ce que la cuisine est généralement faite dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BATIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	→ 116
115	Avez-vous une pièce séparée qui est utilisée comme cuisine?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
116	PRINCIPAL MATÉRIAU DE REVÊTEMENT DU SOL  ENREGISTRER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL TERRE,SABLE ..... 11 BOUSE ..... 12 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE ..... PLANCHE EN BOIS/ BOIS PLANCHES ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 MATÉRIAU FINI PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ ASPHALTE 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT/BÉTON/MAÇONNERIE ... 34 MOQUETTE..... 35 MOSAÏQUE/CÉRAMIQUE .... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
117	PRINCIPAL MATÉRIAU DE REVÊTEMENT DU TOIT.  ENREGISTRER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALME/FEUILLES .... 12 SOD ..... 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE NATTE ..... 21 PALME/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN B ..... 23 MATÉRIAU FINI MÉTAL ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ... 33 TUILES ..... 34 CIMENT/BETON ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																									
118	PRINCIPAL MATÉRIAU DE REVÊTEMENT DES MURS  .ENREGISTRER L'OBSERVATION	MATÉRIAU NATUREL PAS DE MURS ..... 11 BANBOUS/PALMES/ARBUSTE .. 12 TERRE ..... 13 MATÉRIAU RUDIMENTAIRE BAMBOU AVEC BOUE ..... 21 PIERRE AVEC BOUE ..... 22 BRIQUE NON RECOUVERTE .. 23 CONTRE-PLAQUÉ ..... 24 CARTON ..... 25 <b>BOIS REUTILISÉ</b> ..... 26 MATÉRIAU FINI CIMENT/BETON ..... 31 PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT 32 BRIQUES ..... 33 BLOCS DE CIMENT ..... 34 TUILES RECOUVERTES ..... 35 PLANCHES DE BOIS/SHINGLES 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																									
119	TYPE DE FENÊTRES  ENREGISTRER L'OBSERVATION	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>FENÊTRES .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FENÊTRES AVEC VITRES ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FENÊTRES AVEC <b>ÉCRANS</b> .</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>FENÊTRES AVEC RIDEAUX OU VOILETS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	FENÊTRES .....	1	2	FENÊTRES AVEC VITRES ..	1	2	FENÊTRES AVEC <b>ÉCRANS</b> .	1	2	FENÊTRES AVEC RIDEAUX OU VOILETS .....	1	2										
	OUI	NON																									
FENÊTRES .....	1	2																									
FENÊTRES AVEC VITRES ..	1	2																									
FENÊTRES AVEC <b>ÉCRANS</b> .	1	2																									
FENÊTRES AVEC RIDEAUX OU VOILETS .....	1	2																									
120	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	PIÈCES: ..... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																									
121	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>une montre?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>une bicyclette?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>une motocyclette ou une moto ou un scooter?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>une charette tirée par un animal?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Une voiture ou une camionnette?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>un bateau sans moteur?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>un bateau à moteur?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	une montre?	1	2	une bicyclette?	1	2	une motocyclette ou une moto ou un scooter?	1	2	une charette tirée par un animal?	1	2	Une voiture ou une camionnette?	1	2	un bateau sans moteur?	1	2	un bateau à moteur?	1	2	
	OUI	NON																									
une montre?	1	2																									
une bicyclette?	1	2																									
une motocyclette ou une moto ou un scooter?	1	2																									
une charette tirée par un animal?	1	2																									
Une voiture ou une camionnette?	1	2																									
un bateau sans moteur?	1	2																									
un bateau à moteur?	1	2																									

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																
122	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède de la terre qui peut être cultivée?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 124																
123	Combien de carreaux de terres agricoles les membres de ce ménage possèdent-ils?  SI MOIND QU'UN CARREAU, ENREGISTRER '99' SI PLUS DE 95, ENREGISTRER '95'. SI INCONNU, ENREGISTRER '98'	CARREAUX ..... <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>																	
124	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux ou des animaux de ferme?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 126																
125	Combien votre ménage possède-t-il de:  Bovins?  Chevaux, ânes ou mules?  Chèvres?  Moutons?  Poulets?  Cochon ?  Lapin ?  Cochons d'Inde?  SI AUCUN, ENREGISTRER 00' SI PLUS DE 95, ENREGISTRER '95'. SI INCONNU, ENREGISTRER '98'	BOVINS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> CHEVAUX/ÂNES/MULES ... CHÈVRES ..... MOUTONS ..... POULETS ..... COCHON ..... LAPIN ..... COCHON D'INDE .....																	
126	Est-ce que des membres de votre ménage ont un compte en banque?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
127	Est-ce que votre ménage possède des moustiquaires qui peuvent être utilisées pour dormir?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 129																
128	Combien de moustiquaires votre ménage possède-t-il?  SI 7 OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	
129	DEMANDER À L'ENQUÊTÉ UNE CUILLÈRE DE SEL POUR LA CUISINE TEST DU SEL POUR LA TENEUR EN IODE  ENREGISTRER PPM (PARTS PAR MILLION)	0 PPM (NON IODÉ) ..... 1 7 PPM ..... 2 15 PPM ..... 3 30 PPM ..... 4 PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE .... 5 SEL NON TESTÉ ..... 6 (PRÉCISER RAISON)																	

## TRAVAIL DES ENFANTS

131	VÉRIFIER COLONNES (6) ET (7): NOMBRE D'ENFANTS DE 5 A 17 ANS QUI RÉSIDENT HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE : <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> AUCUN <input style="width: 50px; border: 1px solid black;" type="text"/> → ALLER 141												
REMPLEISSEZ LE TABLEAU SUIVANT POUR CHAQUE ENFANT DE 5 A 17 ANS													
(132)	(133)	POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES A LA PERSONNE EN CHARGE DE CHAQUE ENFANT (S'IL Y A PLUS DE 5 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) : Maintenant je voudrais vous poser des questions sur tous les types de travaux que font les enfants qui vivent dans ce ménage.											
ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT DANS L'ORDRE DE LA COLONNE 1 DU TABLEAU DE MÉNAGE	(134)	(135)	(136)		(137)	(138)	(139)	(140)					
	ENREGISTRER LE NOM DE CHAQUE ENFANT	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, il/elle fait un travail quelconque pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  Si « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Au cours des 12 derniers mois, (NOM) a-t-il/elle fait un travail quelconque pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  Si « OUI » : A-t-il/elle été payé(e) en espèces ou en nature pour ce travail ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle travaillé pour lequel un qui n'est pas un membre de ce ménage ?  (SI PLUS D'UN TRAVAIL, ADDITIONNER TOUTES LES HEURES DE TRAVAIL EFFECTUÉES)	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle aidé aux travaux de ce ménage ? Par exemple, faire la vaisselle, faire des courses, nettoyer, laver les vêtements, chercher de l'eau ou garder les enfants ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé A faire des travaux ménagers ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, (NOM) a-t-il/elle fait d'autres travaux pour la famille ou dans l'affaire de famille ?	Depuis (JOUR DE LA SEMAINE PENDANT LEQUEL A LIEU L'ENQUÊTE) dernier, environ combien d'heures (NOM) a-t-il/elle passé A faire ce type de travail aux champs ou dans l'affaire de famille ?					
	OUI PAYÉ	NON PAYÉ	OUI PAYÉ	NON PAYÉ	OUI	NON	OUI	NON					
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1	2	3	PASSER A 136	1	2	3	PASSER A 139	1	2	3	PASSER A LIGNE SUIVANTE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1	2	3	PASSER A 136	1	2	3	PASSER A 139	1	2	3	PASSER A LIGNE SUIVANTE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1	2	3	PASSER A 136	1	2	3	PASSER A 139	1	2	3	PASSER A LIGNE SUIVANTE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1	2	3	PASSER A 136	1	2	3	PASSER A 139	1	2	3	PASSER A LIGNE SUIVANTE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>
<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>	1	2	3	PASSER A 136	1	2	3	PASSER A 139	1	2	3	PASSER A LIGNE SUIVANTE	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
141	Est-ce que, dans votre ménage, quelqu'un a été sérieusement malade ou sérieusement blessé au cours des 30 derniers jours?	OUI ..... 1 NON..... 2			→401
142	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur chacune des personnes qui a été sérieusement malade/blessée au cours des 30 derniers jours. Pouvez vous me donner leur nom, puis nous parlerons de chaque personne séparément  ENREGISTRER LE NOM ET LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE PERSONNE MALADE/BLESSÉE. POSER TOUTES LES QUESTIONS POUR CHAQUE PERSONNE (S'IL Y A PLUS DE 3 PERSONNES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).				
143	NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE Q. 1 ET Q. 2	NOM _____  No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____  No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____  No. DE LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/>	
144	Est-ce que des médicaments ont été donnés à (NOM) quand il/elle était malade/blessée?	OUI .....1 NON.....2 NSP .....8	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	
145	Est-ce que (NOM) a été mené dans un établissement de santé pour être soigné?	OUI .....1 NON.....2 PASSER A Q.152 ←↵	OUI..... 1 NON..... 2 PASSER A Q.152 ←↵	OUI..... 1 NON ..... 2 PASSER A Q.152 ←↵	
146	Dans quel établissement de santé (NOM) a été mené?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UNE CLINIQUE, D'UN CENTRE DE SANTÉ, D'UN DISPENSAIRE OU D'UNE MATERNITÉ, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL D'ÉTAT.....11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE..12 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/ CLINIQUE .....21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.22 <b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b> HÔPITAL/ CLINIQUE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.32 <b>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b> CLINIQUE MOBILE41  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL D'ÉTAT..... 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE. 12 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/ CLINIQUE ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.22 <b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b> HÔPITAL/ CLINIQUE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.32 <b>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b> CLINIQUE MOBILE41  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL D'ÉTAT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE. 12 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/ CLINIQUE ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.22 <b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b> HÔPITAL/ CLINIQUE 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE.32 <b>MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b> CLINIQUE MOBILE41  <b>AUTRE</b> _____ 96 (PRÉCISER)	
147	À quelle distance de votre logement se trouve cet établissement de santé?  INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI 95 KILOMÈTRES OU PLUS, ENREGISTRER '95'.  SI MOINS D'UN KILOMÈTRE, ENREGISTRER '00'	KILOMÈTRE <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE .....96  NE SAIT PAS .....98	KILOMÈTRE <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE..... 96  NE SAIT PAS..... 98	KILOMÈTRE <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE..... 96  NE SAIT PAS ..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
148	<p>Quel moyen de transport a été utilisé pour se rendre à cet établissement de santé? Autre moyen ?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES MOYENS DE TRANSPORT UTILISÉS.</p>	<p>AUCUN/À PIED ..... A  À DOS D'ANIMAL. B  EN VÉHICULE  À MOTEUR C</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	<p>AUCUN/À PIED ..... A  À DOS D'ANIMAL. B  EN VÉHICULE  À MOTEUR C</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	<p>AUCUN/À PIED ..... A  À DOS D'ANIMAL. B  EN VÉHICULE  À MOTEUR C</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	
149	<p>Combien de temps a-t-il fallu pour se rendre à cet établissement de santé?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.  ENREGISTRER LA RÉPONSE EN MINUTES.  SI 5 HEURES OU PLUS ENREGISTRER '300'.</p>	<p>MINUTES </p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<p>MINUTES </p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	<p>MINUTES </p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
150	<p>Existe-t-il un autre établissement de santé, plus proche que (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT CITÉ À Q.146) où (NOM) aurait pu être mené(e) pour être soigné(e)?</p>	<p>OUI .....1  NON.....2  PASSER COLONNE ←  SUIVANTE SI IL Y A AUTRE PERSONNE, SI NON ALLEZ A  Q. 401</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  PASSER COLONNE ←  SUIVANTE SI IL Y A AUTRE PERSONNE, SI NON ALLEZ A  Q. 401</p>	<p>OUI..... 1  NON ..... 2  PASSER COLONNE ←  SUIVANTE SI IL Y A AUTRE PERSONNE, SI NON ALLEZ A Q. 401</p>	
151	<p>Pourquoi (NOM) a-t-il/elle été mené(e) à (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ CITÉ À Q.146) plutôt que dans cet autre établissement de santé?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>MOINS CHER.....A  MIEUX ÉQUIPÉ.....B  PERSONNEL PLUS  COMPÉTENT ....C  PERSONNEL PLUS  ACCUEILLANT ...D  ATTENTE MOINS  LONGUE E</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p> <p>PASSER COLONNE  SUIVANTE</p>	<p>MOINS CHER.....A  MIEUX ÉQUIPÉ.....B  PERSONNEL PLUS  COMPÉTENT ....C  PERSONNEL PLUS  ACCUEILLANT ...D  ATTENTE MOINS  LONGUE E</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p> <p>PASSER COLONNE  SUIVANTE</p>	<p>MOINS CHER.....A  MIEUX ÉQUIPÉ.....B  PERSONNEL PLUS  COMPÉTENT ....C  PERSONNEL PLUS  ACCUEILLANT ...D  ATTENTE MOINS  LONGUE E</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p> <p>PASSER COLONNE  SUIVANTE</p>	
152	<p>Pourquoi (NOM) n'a-t-il/elle pas été mené(e) dans un établissement de santé pour être soigné(e)?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PERSONNE EST  ..... DÉCÉDÉE.....A  TROP LOIN .....B  TROP CHER .....C  MAL ÉQUIPÉ .....D  PERSONNEL  INCOMPÉTENT ..E  PERSONNEL PAS  ACCUEILLANT. ...F  A CONSULTÉ AGENT  DE SANTÉ/INFIR-  MIER/AUXILIAIRE/  MÉDECIN PRIVÉ. G  A CONSULTÉ  SAGE-FEMME/  MATRONE. H  A CONSULTÉ  MÉDECIN-FEUILLE/  OUGAN/MAMBO. .I  ATTENTE TROP  LONGUE J</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	<p>PERSONNE EST  ..... DÉCÉDÉE.....A  TROP LOIN.....B  TROP CHER .....C  MAL ÉQUIPÉ .....D  PERSONNEL  INCOMPÉTENT ..E  PERSONNEL PAS  ACCUEILLANT. .F  A CONSULTÉ AGENT  DE SANTÉ/INFIR-  MIER/AUXILIAIRE/  MÉDECIN PRIVÉ. G  A CONSULTÉ  SAGE-FEMME/  MATRONE. H  A CONSULTÉ  MÉDECIN-FEUILLE/  OUGAN/MAMBO. .I  ATTENTE TROP  LONGUE J</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	<p>PERSONNE EST  ..... DÉCÉDÉE .....A  TROP LOIN.....B  TROP CHER .....C  MAL ÉQUIPÉ ..... D  PERSONNEL  INCOMPÉTENT ...E  PERSONNEL PAS  ACCUEILLANT. ...F  A CONSULTÉ AGENT  DE SANTÉ/INFIR-  MIER/AUXILIAIRE/  MÉDECIN PRIVÉ. G  A CONSULTÉ  SAGE-FEMME/  MATRONE. H  A CONSULTÉ  MÉDECIN-FEUILLE/  OUGAN/MAMBO...I  ATTENTE TROP  LONGUE J</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	

**C1. SUPPORT POUR LES ENFANTS ORPHELINS ET VULNÉRABLES**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER À
401	Je voudrais vous poser maintenant quelques questions de plus sur votre ménage. Pensez aux 12 derniers mois. Est-ce qu'un membre habituel de votre ménage est décédé au cours des 12 derniers mois?	OUI .....	1		→ 407 → 407
		NON .....	2		
		NE SAIT PAS .....	8		
402	Combien de membres de votre ménage sont décédés au cours des 12 derniers mois?	NBRE DE PERSONNES ... <input type="text"/> <input type="text"/>			
403	POSER 404-406 POUR CHAQUE PERSONNE, UNE APRÈS L'AUTRE. SI PLUS DE 3, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				
404	Quel était le nom de la personne qui est décédée (le plus récemment) (avant lui/elle)?	NOM 1 <sup>er</sup> DÉCÈS	NOM 2 <sup>e</sup> DÉCÈS	NOM 3 <sup>e</sup> DÉCÈS	
405	(NOM) était-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	
406	Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédée?	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/>	
407	<b>VÉRIFIER COLONNE 7 DU TABLEAU DE MÉNAGE: ENFANTS DE 0-17 ANS?</b>  AU MOINS UN ENFANT DE 0-17 ANS <input type="checkbox"/> ↓      PAS D'ENFANT DE 0-17 ANS <input type="checkbox"/> →				500
408	<b>VÉRIFIER COLONNE 12 DU TABLEAU MÉNAGE: ADULTES DE 18-59 ANS MALADES?</b>  PAS D'ADULTE DE 18-59 ANS MALADE <input type="checkbox"/> ↓      AU MOINS UN ADULTE DE 18-59 ANS MALADE <input type="checkbox"/> →				ALLER A 411 ET LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS DU MÉNAGE
409	<b>VÉRIFIER 406: ADULTES DE 18-59 ANS DÉCÉDÉS DANS LES 12 DERNIERS MOIS?</b>  PAS D'ADULTE DE 18-59 ANS A Q.406 <input type="checkbox"/> ↓      AU MOINS UN ADULTE DE 18-59 ANS À Q.406 <input type="checkbox"/> →				ALLER A 411 ET LISTER TOUS LES ENFANTS DE 0-17 ANS DU MÉNAGE
410	<b>VÉRIFIER COLONNE 21A DU TABLEAU MÉNAGE: ENFANT DE 0-17 ANS DONT LE PÈRE ET/OU LA MÈRE EST DÉCÉDÉ OU DONT PÈRE/MÈRE NE VIT PAS DANS LE MÉNAGE ET EST MALADE?</b>  AU MOINS UN ENFANT DONT MÈRE ET/OU PÈRE DÉCÉDÉ OU MALADE <input type="checkbox"/> ↓      AUCUN ENFANT DONT MÈRE ET/OU PÈRE DÉCÉDÉ OU MALADE <input type="checkbox"/> →				500
	ALLER À 411 ET LISTER TOUS LES ENFANTS DONT LE NUMÉRO DE LIGNE EST ENREGISTRÉ À Q. 21A				

411	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM S'IL Y A PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.	1 <sup>er</sup> ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	2 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	3 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>	4 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No _____ LIGNE <input type="text"/>
412	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 411] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
413	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM).  Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
414	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé, ou du support spirituel, que vous avez reçu à la maison et pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8
415	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
416	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8
417	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
418	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8
419	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
420	VÉRIFIEZ COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>
421	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
422	RETOURNEZ À 411 POUR LA COLONNE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE.				

411	NUMÉRO DE LIGNE ET NOM	5 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	6 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	7 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>	8 <sup>e</sup> ENFANT NOM _____ No LIGNE <input type="text"/>
	S'IL Y A PLUS DE 8 ENFANTS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL.				
412	J'aimerais vous poser des questions à propos de n'importe quel type d'aide ou de support organisé que votre ménage a pu recevoir pour [NOM DE CHAQUE ENFANT DE 411] et pour lequel vous n'avez pas payé. Par aide ou support organisé, je veux dire une aide ou du support fourni par quelqu'un qui travaille pour un programme, que ce soit du gouvernement, du secteur privé, religieux, d'un organisme de bienfaisance ou d'un programme à base communautaire.				
413	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur le support que votre ménage a reçu pour (NOM).  Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support médical pour (NOM) comme des soins, des fournitures ou des médicaments, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
414	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support émotionnel ou psychologique pour (NOM) comme de la compagnie, des conseils d'un conseiller formé, ou du support spirituel, que vous avez reçu à la maison et pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 416) ← NSP ..... 8
415	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
416	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support matériel pour (NOM) comme des vêtements, de la nourriture ou un support financier, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 418) ← NSP ..... 8
417	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
418	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support social pour (NOM) comme de l'aide à la maison, une formation pour donner des soins ou une assistance pour des démarches administratives pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 420) ← NSP ..... 8
419	Votre ménage a-t-il reçu n'importe lequel de ces supports au cours des 3 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
420	VÉRIFIEZ COLONNE 7 DU TABLEAU MÉNAGE: ÂGE DE L'ENFANT	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>	ÂGE 0-4 <input type="text"/> (PASSER À 422) ← ÂGE 5-17 <input type="text"/>
421	Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu du support pour la scolarité de (NOM) comme une bourse, une inscription gratuite, des livres ou des fournitures, pour lequel vous n'avez pas payé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8			
422	RETOURNEZ À 411 POUR LA COLONNE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSEZ À LA SECTION SUIVANTE.				

Q. 500

**TABLEAU DE SÉLECTION DE LA FEMME POUR LA SECTION  
"RELATIONS DANS LE MÉNAGE"**

**À N'UTILISER QUE SI LES QUESTIONS SUR LES « RELATIONS DANS LE MÉNAGE »  
(LA SECTION 12, FEMME) SONT PRÉVUES DANS L'ENQUÊTE INDIVIDUELLE  
(VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE)**

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

À la première ligne du tableau suivant, inscrire le numéro de ligne de la femme éligible (voir Colonne (9) du Tableau de Ménage) : cette femme sera enquêtée sur les « relations dans le ménage ».

2- IL Y A PLUSIEURS FEMMES ÉLIGIBLES DANS LE MÉNAGE

- 1- Dans le tableau, inscrire le nom, l'âge et le numéro de ligne de toutes les femmes éligibles (voir Colonne (9) du Tableau de Ménage), en commençant par la plus âgée et en terminant par la plus jeune.
- 2- Prenez le dernier chiffre du numéro de structure inscrit sur la feuille d'affectation et encerclez le chiffre correspondant dans la première ligne du tableau suivant. Descendez la colonne identifiée par ce chiffre jusqu'à la ligne correspondant à la dernière femme enregistrée dans le tableau. Encerclez le chiffre correspondant au croisement de cette colonne et de cette ligne.
- 3- Ce chiffre vous donne le numéro d'ordre de la femme sélectionnée pour la section 12 du questionnaire femme (la 1<sup>ère</sup>, 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup>, etc...femme listée). Encerclez alors dans le tableau le NUMÉRO DE LIGNE de cette femme sélectionnée.

Numéro d'ordre	Nom de la femme	Age de la femme	Numéro de ligne du tableau ménage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0
1 <sup>ère</sup>				1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2 <sup>e</sup>				2	1	2	1	2	1	2	1	2	1
3 <sup>e</sup>				1	2	3	1	2	3	1	2	3	1
4 <sup>e</sup>				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
5 <sup>e</sup>				4	5	1	2	3	4	5	1	2	3
6 <sup>e</sup>				4	5	6	1	2	3	4	5	6	1
7 <sup>e</sup>				3	4	5	6	7	1	2	3	4	5
8 <sup>e</sup>				3	4	5	6	7	8	1	2	3	4
9 <sup>e</sup>				2	3	4	5	6	7	8	9	1	2
10 <sup>e</sup>				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

## MESURES DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HEMOGLOBINE

- VÉRIFIER LES COLONNES (9) ET (11) : ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ANS ET DE TOUS LES ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS.

FEMMES 15-49				POIDS ET TAILLE DES FEMMES DE 15-49			
N° DE LIGNE DE LA COL.(9)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? *	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉE 2 ABSENTE 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
(501)	(502)	(503)	(504)	(505)	(506)	(507)	(508)
		ANNÉES					
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>

ENFANTS DE MOINS DE 6 ANS				POIDS ET TAILLE DES ENFANTS NÉS EN 2000 OU APRES			
N° DE LIGNE DE LA COL.(11)	NOM DE LA COL.(2)	ÂGE DE LA COL.(7)	Quelle est la date de naissance de (NOM) ? *	POIDS (KILOGRAMMES)	TAILLE (CENTIMÈTRES)	MESURÉ ALLONGÉ OU DEBOUT	RÉSULTAT 1 MESURÉ 2 ABSENT 3 REFUS 4 PROB TECH 6 AUTRE
			JOUR MOIS ANNÉE			ALLONG.DEBOUT	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1 2	<input type="text"/>

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉE

\* POUR LES ENFANTS NON INCLUS DANS AUCUNE DES SECTIONS 2 SUR REPRODUCTION (ORPHELINS, ENFANTS ADOPTÉS, ETC.), DEMANDER LE JOUR, LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA NAISSANCE. POUR TOUS LES AUTRES ENFANTS, COPIER LE MOIS ET L'ANNÉE DE LA Q.215 DU QUESTIONNAIRE FEMME DANS LA SECTION 2 DE LEUR MÈRE ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE.



## **Demande pour consentements éclairés pour les tests de l'anémie et du VIH**

### INTRODUCTION

Dans le cadre de cette enquête, nous mesurons le niveau d'anémie chez les femmes, les hommes, et les enfants. L'anémie est un problème de santé qui est dû normalement à une alimentation pauvre. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à mettre en place des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.

Nous faisons aussi une étude de VIH. Vous savez, peut être, que le VIH est le virus qui cause le SIDA. Nous sommes entrain de mener le test de VIH pour mesurer la gravité du problème du VIH/SIDA en Haiti.

### 1. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST ANÉMIE

Nous vous demandons de participer au test d'anémie en donnant quelques gouttes de sang de votre doigt. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables. Les résultats du test vous seront communiqués immédiatement après la prise de sang. Ces résultats seront gardés confidentiels.

**Avez-vous des questions?  
Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test d'anémie?**

PASSER À LA COLONNE (520a) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER).

SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE :

**Maintenant, est-ce vous acceptiez que (NOM DU JEUNE) participe à ce test d'anémie?**

ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (519a). SI LE PARENT/PERSONNE RESPONSABLE EST D'ACCORD, LISEZ LE TEXTE CI-DESSUS AU JEUNE POUR DEMANDER SON CONSENTEMENT. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (520a).

### 2. CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ POUR LE TEST VIH

Nous vous demandons de participer au test de VIH en acceptant de donner quelques gouttes de sang de votre doigt. Ce test est effectué auprès de toutes les femmes et de tous les hommes éligibles de tout le pays pour mesurer l'ampleur de l'infection du VIH en Haiti. Pour prélever ces gouttes on utilisera des instruments stériles, du matériel neuf, et non réutilisables.

Le prélèvement de sang sera ensuite envoyé dans un laboratoire pour être analysé. Pour assurer la confidentialité du résultat du test, aucun nom ne sera porté sur le prélèvement ou lié au résultat. Ainsi, nous ne serons pas en mesure de vous donner vos résultats du test. Personne d'autre non plus ne pourra connaître le résultat de l'analyse de votre sang. Si vous désirez connaître les résultats de vos tests, je peux vous indiquer un centre de Conseils et de Test Volontaire (CTV), où vous pouvez vous rendre plus tard pour obtenir un test de VIH et des conseils gratuits et vos résultats le même jour. Je vous remettrai un coupon à vous et à votre partenaire, que vous et votre partenaire pourront utiliser dans les 30 prochains jours pour obtenir un test et des conseils gratuits dans un centre CTV. Au centre CTV, vous serez reçus par un personnel disponible et accueillant avec qui vous pourrez discuter tous les aspects et questions relatifs au VIH/sida. Ils vous fourniront un service complet de test de VIH et vous donneront des conseils appropriés.

**Avez-vous des questions?  
Maintenant, est-ce que vous acceptez de participer à ce test de VIH?**

PASSER À LA COLONNE (520b) ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER).

SI L'ENQUÊTÉ(E) A L'ÂGE 15-17, DEMANDER D'ABORD LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ DU PARENT/PERSONNE RESPONSABLE :

**Maintenant, est-ce vous acceptiez que (NOM DU JEUNE) participe à ce test De VIH?**

ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (519b). SI LE PARENT/ ADULTE RESPONSABLE EST D'ACCORD, LISEZ LE TEXTE CI-DESSUS AU JEUNE POUR DEMANDER SON CONSENTEMENT. ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ (ET SIGNER) À LA COLONNE (520b).

*N'oubliez pas de donner à chaque personne éligible un coupon pour un test et conseils volontaire gratuit à un CTV.*

## TESTS DE L'ANÉMIE ET DU VIH—FEMMES ET HOMMES

## Nombre total de prélèvements:

VÉRIFIER LES COLONNES (9) ET (10) DU TABLEAU DE MÉNAGE: ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, LE SEXE ET L'ÂGE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-49 ET LES HOMMES DE 15-59 ANS. CETTE FICHE DOIT ÊTRE DÉTRUITE AU BUREAU AVANT QUE LES RÉSULTATS DU TEST SOIENT RELIÉS À LA BASE DES DONNÉES DE L'EMMUS IV.

No DE LIGNE DE LA COL.(9) OU DE LA COL.(10)	NOM DE LA COL.(2)	SEXE DE LA COL.(4)	ÂGE DE LA COL.(7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (516)	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE ENREG '00' SI PAS DANS LE QUEST. MÉNAGE (518)	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCRICLER LE CODE (ET SIGNER) (519)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/L'HOMME OU AU JEUNE ENCRICLER LE CODE (ET SIGNER) (520)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL) (521)	FEMMES ACTUELLE-MENT ENCEINTE (522)	RÉSULTAT DE L'ANÉMIE (523)	RÉSULTAT DU VIH (524)	ÉTIQUETIER CODES À BARRES 5 GOUTTES du sang: 1 <sup>e</sup> goutte essuyée; 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> , 4 <sup>e</sup> gouttes sont prélevées pour le VIH 5 <sup>e</sup> (dernière) goutte est prélevée pour le test d'anémie.
(513)	(514)	(515)	(516)	(517)	(518)	a b	a b	(521)	(522)	(523)	(524)	(525)
	NOM	H F 1 2	ANNÉES 	ÂGE 15-17 18+ 1 2 ↓ PASSER A 520		CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 523) PAS LU .....3 (PASSER 523) SIGNÉ R : _____	CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 523) PAS LU .....3 (PASSER 523) SIGNÉ R : _____	,	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8			COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
		1 2		1 2 ↓ PASSER A 520		CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNÉ R : _____	CONSENTE- MENT POUR LE TEST VIH ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNÉ R : _____	,	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8			COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
		1 2		1 2 ↓ PASSER A 520		CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 523) PAS LU .....3 (PASSER 523) SIGNÉ R : _____	CONSENTE- MENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ.....1 REFUSÉ.....2 (PASSER 523) PAS LU .....3 (PASSER 523) SIGNÉ R : _____	,	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8			COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS



No. DE LIGNE DE LA COL. (9) OU DE LA COL. (10)	NOM DE LA COL. (2)	SEXE DE LA COL. (4)	ÂGE DE LA COL. (7)	VÉRIFIER L'ÂGE DANS LA COLONNE (516)	N° DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE ENREG. '00' SI PAS DANS LE QUEST. MENAGE	LIRE LE CONSENTEMENT AU PARENT OU À L'ADULTE RESPONSABLE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)	LIRE LE CONSENTEMENT À LA FEMME/L'HOMME OU AU JEUNE ENCERCLER LE CODE (ET SIGNER)	NIVEAU D'HÉMOGLOBINE (G/DL)	FEMMES ACTUELLEMENT ENCEINTE	RESULTAT DE L'ANÉMIE	RESULTAT DU VIH	ÉTIQUETER CODES À BARRES
(513)	(514)	(515)	(516)	(517)	(518)	(519) a b		(521)	(522)	(523)	(524)	(525)
	NOM	H F 1 2	 ANNÉES	ÂGE, ÂGE 15-17 18+ 1 2 ↓ PASSER À 520		CONSENTEMENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____	CONSENTEMENT POUR LE TEST VIH ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____		OUI .....1 NON .....2 NSP .....8			<b>COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI</b>  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
		1 2		1 2 ↓ PASSER À 520		CONSENTEMENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____	CONSENTEMENT POUR LE TEST VIH ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____		OUI .....1 NON .....2 NSP .....8			<b>COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI</b>  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS
		1 2		1 2 ↓ PASSER À 520		CONSENTEMENT POUR LE TEST ANÉMIE ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____	CONSENTEMENT POUR LE TEST VIH ACCORDÉ .....1 REFUSÉ .....2 (PASSER 524) PAS LU .....3 (PASSER 524) SIGNER R : _____		OUI .....1 NON .....2 NSP .....8			<b>COLLER LA 1ère CODE BARRE ICI</b>  COLLER LA 2e SUR LE PAPIER FILTRE DE L'ENQUÊTE(E), ET LA 3e SUR LA FICHE DE TRANSMISSION DES PRÉLÈVEMENTS

COCHER ICI SI UNE AUTRE FEUILLE EST UTILISÉ



526 VERIFIER LES QUESTIONS 511 (POUR LES ENFANTS) ET 521/522 (POUR LES ADULTES) :

NOMBRE DE RÉSIDENTS HABITUELS DONT LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE EST INFÉRIEUR AU SEUIL CRITIQUE : MOINS DE **7G/DL** POUR LES ENFANTS, POUR LES HOMMES, ET POUR LES FEMMES QUI NE SONT PAS ENCEINTES (OU QUI NE SAVENT PAS SI ELLES SONT ENCEINTES) ; MOINS DE **9G/DL** POUR LES FEMMES ENCEINTES.

UNE OU PLUS



DONNER À CHAQUE ADULTE OU ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE ET LIRE LA DÉCLARATION DE Q 527 À LA PERSONNE AVEC FAIBLE NIVEAU D'HEMOGLOBINE.

AUCUNE



DONNER À L'ADULTE/ADULTE RESPONSABLE LES RÉSULTATS DU TEST D'HÉMOGLOBINE.

527 Nous avons détecté un faible niveau d'hémoglobine dans (votre sang/le sang de NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS). Cela signifie que (vous/NOM DE L'ENFANT/DES ENFANTS) êtes sévèrement anémié(e), ce qui est un problème de santé sérieux. Nous vous recommandons de vous rendre dans un centre de santé dès que possible pour être examiné et obtenir un traitement. **DONNEZ-LEUR LA FICHE DE REFERENCE POUR L'ANÉMIE.**

OBSERVATION DE L'ENQUÊTRICE/ L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ(E)

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

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

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

**ENQUÊTE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-IV)  
QUESTIONNAIRE FEMME**

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION**

**INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE**

IDENTIFICATION																																					
NOM DE LA LOCALITÉ _____	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%;">GRAPPE</td> <td style="width:50%; text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>MÉNAGE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>DÉPARTEMENT</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>VIL./COM.</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>RÉSIDENCE</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> <tr> <td>NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____</td> <td style="text-align: center;"> <table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </td> </tr> </table>	GRAPPE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				MÉNAGE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				DÉPARTEMENT	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				VIL./COM.	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>				URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			RÉSIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
GRAPPE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
MÉNAGE		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
DÉPARTEMENT		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
VIL./COM.		<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
RÉSIDENCE	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																																					
NUMÉRO DE GRAPPE .....																																					
NUMÉRO DU MÉNAGE.....																																					
DÉPARTEMENT .....																																					
VILLE/COMMUNE.....																																					
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....																																					
AIRE MÉTROPOLITAINE/CAP-HAÏTIEN – GONAÏVES - LES CAYES/AUTRES VILLES/RURAL (Aire Métropolitaine =1, Cap Haïtien/Gonaïves/Les Cayes =2, Autres villes=3, Rural=4)																																					
NOM ET NUNÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																																					

<b>VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:</b> TEST D'ANEMIE / TEST DU VIH / POIDS ET TAILLE (OUI=1, NON=2).....	<input type="checkbox"/>
<b>VÉRIFIER COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:</b> STATUT DE LA FEMME / RELATIONS DANS LE MÉNAGE (OUI=1, NON=2)..... <b>(VÉRIFIER TABLEAU 500 POUR LA SÉLECTION DE LA FEMME ÉLIGIBLE POUR LA SECTION SUR LES "RELATIONS DANS LE MÉNAGE").</b>	<input type="checkbox"/>

VISITES D'ENQUÊTRICE								
	1	2	3	VISITE FINALE				
DATE				JOUR MOIS ANNÉE <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">0</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>	2	0		
2	0							
NOM DE L'ENQUÊTRICE				NOM				
RÉSULTAT*				RÉSULTAT				
PROCHAINE VISITE :DATE HEURE				NOMBRE TOTAL DE VISITES				

\*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	

**LANGUE DE L'INTERVIEW**

CRÉOLE.....	1
AUTRE LANGUE .....	2

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR				
NOM _____	NOM _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
DATE _____	DATE _____	<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>			<table border="1" style="width:100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

**INTRODUCTION ET CONSENTEMENT**

**CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS**

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour (INSTITUT HAITIEN DE L'ENFANCE). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous. Avez-vous des questions sur l'enquête ? Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice : \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE ..... 1 L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS ..... 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 104
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville, ou dans un village ?	GRANDE VILLE ..... 1 VILLE ..... 2 RURAL ..... 3	
104	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE ..... 9998	
105	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 104 ET/OU 105 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110
107	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
108	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevé à ce niveau ?	ANNÉE ..... <input type="text"/>	

**\*\*\*\*CODES POUR Qs. 108**

NIVEAU	1=PRIMAIRE	2=SECONDAIRE	3=SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13 <sup>e</sup> /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 <sup>e</sup> /CP1/1 <sup>ère</sup> an. NON ACHEVÉE 1= 12 <sup>e</sup> /CP1/1 <sup>ère</sup> année 2= 11 <sup>e</sup> /CP2/2 <sup>e</sup> année 3= 10 <sup>e</sup> /CE1/3 <sup>e</sup> année 4= 9 <sup>e</sup> /CE2/4 <sup>e</sup> année 5= 8 <sup>e</sup> /CM1/5 <sup>e</sup> année 6= 7 <sup>e</sup> /CM2/6 <sup>e</sup> année	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 6è 2 = 5è 3 = 4è 4 = 3è 5 = 2è 6 = Rétho 7 = Philo	0 =MOINS D'1 AN COMPLÉTÉ 1 = 1ère année 2 = 2è année 3 = 3è année 4 = 4è année ou plus



SECTION 2. REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eu au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous ? Combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie à la naissance mais qui n'a pas survécu ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés ? Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208 :  UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> → 226										

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1<sup>ère</sup> que vous avez eue.  
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.  
 (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).

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

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant ?  (NOM)	(NOM) était-il/elle une naissance multiple ?	(NOM) (NAME) est-ce un garçon ou une fille ?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES. PLETED YEARS.	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE  (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ?  SI '1 AN', INSISTER : Quel âge avait (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS ; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE et (NOM) ? Y compris des enfants décédés après la naissance ?
08	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
09	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
10	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
11	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
12	SIMP. 1 MULT 2	GAR. 1 FILLE 2	MOIS <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI . 1 NON 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI .. 1 NON . 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS 1 <input type="text"/> MOIS . 2 <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/>	OUI ... 1 NON . 2
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?					OUI .....	NON .....	1 2	
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER :</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>								<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2000 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.								<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
226	Êtes-vous enceinte en ce moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	<input type="checkbox"/> → 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230 : DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN <input type="checkbox"/> JAN. 2000 OU PLUS TARD DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT <input type="checkbox"/> JAN. 2000		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Depuis Janvier 2000, avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant Janvier 2000 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2000 ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	



SECTION 3. CONTRACEPTION

301	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.</p> <p>De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler ?</p> <p>POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?</p> <p>ENCERCLER LE CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC LE CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.</p>	302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?	
01	<p>STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
02	<p>STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour ne plus avoir d'enfants ?</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
03	<p>PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
04	<p>DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, ou l'infirmier/ère leur place à l'intérieur.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
05	<p>INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
06	<p>IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
07	<p>CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
08	<p>CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
09	<p>MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
10	<p>MÉTHODE DU RYTHME Quand une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
11	<p>RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
12	<p>PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre des pilules les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 ↘</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
13	<p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>
303	<p>VÉRIFIER 302 :</p> <p>PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/></p> <p>(N'A JAMAIS UTILISÉ) ↘ (A DÉJÀ UTILISÉ)</p>		<p>→ 307</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 306 → 331
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé ?  CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là ?  SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01):  FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>		→ 311A
309	VÉRIFIER 226 :  NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 331
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 331
311	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENCERCLER TOUTES LES RÉPONSES MENTIONNÉES  SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B PILULE ..... C DIU ..... D INJECTIONS ..... E IMPLANTS ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K RHYTHME ..... L RETRAIT ..... M  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	→ 316 → 315 → 315 → 319A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE.		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312	Puis-je voir la boîte de (pilules/condom) que vous utilisez en ce moment ?  ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE	BOÎTE VUE ..... 1  MARQUE _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISER)  BOÎTE NON VUE ..... 2	→ 314
313	Connaissez-vous la marque des (pilules/condoms) que vous utilisez?  ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE _____ <input type="text"/> <input type="text"/> (PRÉCISER)  NSP ..... 98	
314	Combien de (plaquettes de pilules/condoms) avez-vous acheté la dernière fois?	NOMBRE DE PLAQUETTE/CONDOM <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NSP ..... 998	
315	La dernière fois que vous avez obtenu (METHODE ACTUELLE EN 311), combien avez-vous payé au total, y compris le coût de la méthode et les consultations que vous avez eu?	COÛT ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  GRATUIT ..... 995 NSP ..... 998	→ 319A
316	Où a eu lieu la stérilisation ?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 12  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25  SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... 43  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
317	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit qu'à cause de cette opération vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire qu'à cause de l'opération il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP ..... 8</p>	
318	<p>Combien avez-vous payé au total pour la stérilisation, y compris les consultations que vous avez eu?</p>	<p>COÛT ..... <input type="text"/></p> <p>GRATUIT ..... 995</p> <p>NSP ..... 998</p>	
319	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/></p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/></p>	
319A	<p>Depuis quand, avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?</p> <p>INSISTER : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/></p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/></p>	
323	<p>VÉRIFIER 311/311A :</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>PAS DE CODE ENCERCLÉ ..... 00</p> <p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGM ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>RHYTHME ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE ..... 96</p>	<p>→ 331</p> <p>→ 324</p> <p>→ 333</p> <p>→ 323AA</p> <p>→ 333</p>

N <sup>c</sup>	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
323A	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 12  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25  SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... 43  AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... 51 BAR ..... 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53 ÉCOLE ..... 54 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 55 PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
323AA	Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternelle et de l'aménorrhée (MAMA)?  S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)		
323B	VERIFIER 323 :  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHOD .	PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGM ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11	→ 330 → 327 → 326
324	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE A 323) à (SOURCE DE LA MÉTHODE À 323A OU 316 ). À ce moment-là, vous-a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 326



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
330	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC  HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE ..... 12</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE ..... 22  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23  CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24  PHARMACIE ..... 25</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE  HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE ..... 32  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL  CLINIQUE MOBILE ..... 41  AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42  SAGE-FEMME/MATRONE AVEC  BOÎTE ..... 43</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE  BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... 51  BAR ..... 52  DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ... 53  ÉCOLE ..... 54  INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 55  PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... 56</p> <p>AUTRE _____ 96  (PRÉCISER)</p>	<p>→ 333</p>
331	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2</p>	<p>→ 333</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
332	<p>Quel est cet endroit ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . . . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . E CABINET MÉDECIN PRIVÉ . . . . . F PHARMACIE . . . . . G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE . . . . . H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE . . . . . K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . . . . . L SAGE-FEMME/MATRONE AV. BOÏT. M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ . . . . . N INSTITUTION RELIGIEUSE . . . . . R PARENT(E)S/ AMI(E)S . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
333	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain qui vous a parlé de planification familiale ?</p>	<p>OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2</p>	
334	<p>Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants) ?</p>	<p>OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2</p>	→ 401
335	<p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET NUTRITION DES ENFANTS

401	VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE EN 2000 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> → 550		
402	INSCRIVEZ DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NON ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE AYANT EU LIEU EN 2000 OU PLUS TARD POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).  Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés au cours des 5 dernières années. Nous parlerons de chaque enfant séparément.			
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>
404	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>
405	Quand vous êtes tombée enceinte de (NON), vouliez-vous être enceinte <u>à ce moment-la</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant du tout?	À CE MOMENT- LÀ 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD 2  NE VOULAIT PLUS 3 PASSER À (407) ←	À CE MOMENT- LÀ . 1 (PASSER À 429) ← PLUS TARD ..... 2  NE VOULAIT PLUS .. 3 (PASSEZ À 429) ←	À CE MOMENT-LÀ ... 1 (PASSER À 429) ← PLUS TARD ..... 2  NE VOULAIT PLUS .. 3 (PASSER À 429) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 998
407	Pour cette grossesse, avec-vous reçu des soins prénatals?  SI OUI : Qui avez-vous consulté? Personne d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIER(E) .. B AUXILIAIRE .... C MÉDIC. NON INSTITUTION. AGENT SANTÉ .... D SAGE-FEM./MATRONE AVEC BOÎTE .. E TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEM./MATRONE SANS BOÎTE .. F GUÉRISSEUR/MÉDECIN- FEUILLES/UGAN/ MAMBO . . . . G PRIVÉ NON MÉDICAL PARENT(E)/AMI(E).. H  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 414) ←		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
408	<p>Où avez-vous reçu des soins prénatals pour cette grossesse? Autre lieu?</p> <p>ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE VOTRE DOMICILE . A AUTRE DOMICILE B</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . D MATERNITÉ ... E</p> <p>SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE F CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . G MATERNITÉ ... H</p> <p>SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE I CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . J MATERNITÉ ... K</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER</p>		
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale pour cette grossesse?	<p>MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale?	<p>NOMBRE DE FOIS . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>		
411	<p>En tant que soins prénatals au cours de cette grossesse, est-ce que les examens suivants ont été effectués au moins une fois?</p> <p>Est-ce qu'on vous a pesé?</p> <p>Est-ce qu'on vous a pris la tension?</p> <p>Est-ce qu'on vous a prélevé un échantillon d'urine?</p> <p>Vous a t-on prélevé du sang?</p>	<p>OUI NON</p> <p>POIDS ..... 1 2</p> <p>TENSION .... 1 2</p> <p>URINE ..... 1 2</p> <p>SANG ..... 1 2</p>		
412	Au cours de l'une de ces visites prénatales, vous a t-on parlé des signes de complication de la grossesse?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 414) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
413	Vous a t-on dit où aller si vous aviez une de ces complications?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		
414	Au cours de cette grossesse, vous a t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 8		
416	VÉRIFIEZ 415:	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 421)		
417	Avez-vous reçu, n'importe quand avant cette grossesse, une injection contre le tétanos?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS . . . . . 8		
418	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu une injection contre le tétanos? SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	FOIS . . . . . <input type="text"/> NE SAIT PAS . . . . . 8		
419	En quel mois et en quelle année avant cette grossesse, avez-vous reçu la dernière injection ?	MOIS . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS . . . . . 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 421) ← NSP ANNÉE . . . . . 9998		
420	Cela fait combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos?	ANNÉE . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>		
421	Au cours de cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté du fer en comprimés ou en sirop ?  MONTRER COMPRIMÉS/SIROP	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 422A) ← NE SAIT PAS . . . . . 8		
422	Pendant toute votre grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris les comprimés ou le sirop ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS . . . . . 998		
422A	Au cours de cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8		
423	Au cours de cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8		



No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																																				
432	<p>Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR SAVOIR SI UN ADULTE ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE .... C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ .... D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO . . . . G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE .... C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ .... D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO . . . . G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>	<p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>INFIRMIER(E) .. B</p> <p>AUXILIAIRE .... C</p> <p>MÉDIC. NON INSTITUTION.</p> <p>AGENT SANTÉ .... D</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>AVEC BOÎTE .. E</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ</p> <p>SAGE-FEM./MATRONE</p> <p>SANS BOÎTE .. F</p> <p>GUÉRISSEUR/MÉDECIN-FEUILLES/OUGAN/</p> <p>MAMBO . . . . G</p> <p>PRIVÉ NON MÉDICAL</p> <p>PARENT(E)S/AMI(E).. H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>PERSONNE ..... Y</p>																																				
433	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 440) ←  </p> <p>AUTRE DOMICILE 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ .... 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ .... 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ .... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER  </p> <p>(PASSER À 440) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←  </p> <p>AUTRE DOMICILE .... 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ .... 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ .... 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ .... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER  </p> <p>(PASSER À 441) ←</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE 11</p> <p>(PASSER À 441) ←  </p> <p>AUTRE DOMICILE .... 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT. 21</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 22</p> <p>MATERNITÉ .... 23</p> <p>SECTEUR PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 31</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 32</p> <p>MATERNITÉ .... 33</p> <p>SECTEUR MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE 41</p> <p>CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)</p> <p>DISPENSAIRE .. 42</p> <p>MATERNITÉ .... 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER  </p> <p>(PASSER À 441) ←</p>																																				
434	<p>Pendant combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous resté là?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>													<p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ... 998</p>												
435	<p>L'accouchement de (NOM) a -t-il eu lieu par césarienne?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>																																				

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____													
436	Avant de quitter l' établissement, après la naissance de (NOM), est ce que du personnel de santé a vérifié votre état de santé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 439) ←	OUI ..... 1 (PASSER À 451) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 451) ← NON ..... 2													
437	Après combien d'heures, de jours ou de semaines, le premier contrôle a-t-il eu lieu?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998															
438	Qui a contrôlé votre santé cette fois?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA MIEUX QUALIFIÉE.	MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(E) ..... 12 INFIR. SAGE-FEMME 13  AUXILIARE ..... 14  AGENT DE SANTE 15 MATRONE FORME ... 16 MATRONE NON FORMEE ..... 17 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER (PASSER À 449) ←															
439	Après avoir quitté l'établissement est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI ..... 1 (PASSER À 442) ← NON ..... 2 (PASSER À 449) ←	OUI ..... 1 (PASSER À 451) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 451) ← NON ..... 2													
440	Pourquoi n'avez-vous pas accouché dans un centre de santé?  INSISTER : aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	COÛT TROP ÉLEVÉ . A ÉTAB.PAS OUVERT . B TROP ÉLOIGNÉ/ PAS DE TRANSPORT . C PAS CONFIANCE EN ÉTABLIS/SERVICE MÉDIOCRE ..... D PAS DE FEMME PRESTATAIRE DANS ÉTABLIS. ... E MARI/FAMILLE PAS AUTORISÉ ..... F PAS NÉCESSAIRE .. G PAS HABITUÉE ... H AUTRE (PRÉCISER X															
441	Après que (NOM) soit né, est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examiné?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 445) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2													

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____														
442	Combien d'heures, de jours ou de semaines après l'accouchement le premier examen a-t-il eu lieu?  SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINE: 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ... 998																
443	Qui a vérifié votre état de santé à ce moment-là?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE	MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(E) ..... 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE . . .14 AGENT DE SANTE 15  MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
444	Où le premier examen a-t-il eu lieu?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23  SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33  SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																
444A	VÉRIFIER 439:	OUI NON POSÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (PASSER À 449)																
445	Au cours des deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce que du personnel de santé ou une accoucheuses traditionnelle vous a examiné?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ← NE SAIT PAS ..... 8																

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____						
446	Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM) le 1er examen a-t-il eu lieu? SI MOINS D'UN JOUR ENREGISTRER EN HEURS. SI MOINS D'UNE SEMAINE ENREGISTRER EN JOURS.	HRS APRÈS NAIS. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JRS APRÈS NAIS. 2 SEM.APRÈS NAIS. 3  NE SAIT PAS ... 998								
447	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	MÉDECIN ..... 11 INFIRMIER(E) ..... 12 INFIR. SAGE-FEMME 13 AUXILIARE . . .14 AGENT DE SANTE 15  MATRONE FORME ..16 MATRONE NON FORMEE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)								
448	Où le premier examen a-t-il eu lieu?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 AUTRE DOMICILE 12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT. 21 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 22 MATERNITÉ ... 23  SECTEUR PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE 31 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 32 MATERNITÉ ... 33  SECTEUR MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE 41 CENTRE SANTÉ (CAL/CSL) DISPENSARE . 42 MATERNITÉ ... 43  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)								
449	Au cours des deux mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER DES AMPOULES, DES COMPRIMÉS OU DU SIROP).	OUI ..... 1 NON ..... 2								
450	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 452) ← NON ..... 2 (PASSER À 453) ←								

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
451	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 455) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 455) ←
452	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
453	VÉRIFIER 226: L'ENQUÊTÉE EST ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE EN- <input type="checkbox"/> OU CEIN- <input type="checkbox"/> TE <input type="checkbox"/> PAS SÛRE (PASSER 455) ←		
454	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 456) ←		
455	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98		
456	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463) ←
457	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'UNE HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS	IMMÉDIATEMENT 000  HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>		
458	Dans les 3 premiers jours qui ont suivi l'accouchement, est-ce qu'on a donné à (NOM) autre chose à boire que le lait maternel?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 460) ←		
459	Qu'est -ce qui a été donné à (NOM)? Rien d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	LAIT (AUTRE QUE LAIT MATERNEL) . A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU GLUCOSÉE ... C LIQUIDE CONTRE COLIQUE ..... D  TISANE ..... E JUS DE FRUIT ..... F "LOQUE" ..... G THÉ/INFUSIONS ... H MIEL ..... I  AUTRE _____ X (PRÉCISER)		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
460	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 462)
461	Allaitiez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 464) NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 466) NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 466) NON ..... 2
462	Pendant combien de temps avez-vous allaité (NOM)?	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98	MOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ... 98
463	VÉRIFIER 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405, DANS L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE. OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 468) (PASSER À 466)
464	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le lever et le coucher du soleil?  DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE NUIT ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
465	Pendant combien de fois avez-vous allaité hier durant la journée?  DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NBRE. APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE JOUR ... <input type="text"/> <input type="text"/>		
466	Est-ce que (NOM) a bu quelque-chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
467		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE, OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 468.

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																																												
468	<p>VÉRIFIER 215 ET 218:</p> <p>A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET QUI VIT AVEC ELLE <input type="checkbox"/></p> <p>ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 469)</p> <p>_____</p> <p>(NOM)</p>	<p>N'A PAS D' ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> ET QUI VIT AVEC ELLE</p>	501																																																																												
469	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM à 468) a bu hier pendant le jour ou la nuit?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a bu :</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>EAU .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>PRÉPARATION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>LAIT .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>JUS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CAFÉ .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>INFUSION THÉ/TISANE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BOUILLON/SOUBE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES LIQUIDE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	EAU .....	1	2	8	PRÉPARATION .....	1	2	8	LAIT .....	1	2	8	JUS .....	1	2	8	CAFÉ .....	1	2	8	INFUSION THÉ/TISANE.....	1	2	8	BOUILLON/SOUBE .....	1	2	8	AUTRES LIQUIDE.....	1	2	8																																									
	OUI	NON	NSP																																																																												
EAU .....	1	2	8																																																																												
PRÉPARATION .....	1	2	8																																																																												
LAIT .....	1	2	8																																																																												
JUS .....	1	2	8																																																																												
CAFÉ .....	1	2	8																																																																												
INFUSION THÉ/TISANE.....	1	2	8																																																																												
BOUILLON/SOUBE .....	1	2	8																																																																												
AUTRES LIQUIDE.....	1	2	8																																																																												
470	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments qu'a reçu (NOM de 468) hier pendant le jour ou la nuit, qu'il les ai pris séparément ou mélangés à d'autres?</p> <p>Est-ce que (NOM de 468) a mangé :</p>	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a. N'importe quel porridge: maïs, farine, manioc, arrow-root ? a .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b. Céréale pour bébé (MARQUE DE PRÉPARATION ARTIFICIELLE FORTIFIÉE POUR BÉBÉ) b .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales? c .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d. Aliments à base de tubercules [ ex : pommes de terre, igname, manioc ?] d .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ? e .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f. N'importe quel légume à feuilles vertes? f .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g. Mangues, papayes mures, grenades ou melons ? g .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h. Autres fruits ou légumes, tels que figues, bananes, haricots verts, avocats, tomates ? h .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons? i .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin, du cheval ? j .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k. Poulet, coq, canard, pintade ou autre volaille? k .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l. Oeufs? l .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>m. Poisson frais ou séché ou fruits de mer? m .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>n. Préparation à base de pois ? n .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>o. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ? o .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>p. Du fromage, des yaourts, du lait caillé ou des produits laitiers ? p .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>q. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre? q .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>r. Autre préparation solide ou semi-solide? r .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a. N'importe quel porridge: maïs, farine, manioc, arrow-root ? a .....	1	2	8	b. Céréale pour bébé (MARQUE DE PRÉPARATION ARTIFICIELLE FORTIFIÉE POUR BÉBÉ) b .....	1	2	8	c. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales? c .....	1	2	8	d. Aliments à base de tubercules [ ex : pommes de terre, igname, manioc ?] d .....	1	2	8	e. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ? e .....	1	2	8	f. N'importe quel légume à feuilles vertes? f .....	1	2	8	g. Mangues, papayes mures, grenades ou melons ? g .....	1	2	8	h. Autres fruits ou légumes, tels que figues, bananes, haricots verts, avocats, tomates ? h .....	1	2	8	i. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons? i .....	1	2	8	j. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin, du cheval ? j .....	1	2	8	k. Poulet, coq, canard, pintade ou autre volaille? k .....	1	2	8	l. Oeufs? l .....	1	2	8	m. Poisson frais ou séché ou fruits de mer? m .....	1	2	8	n. Préparation à base de pois ? n .....	1	2	8	o. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ? o .....	1	2	8	p. Du fromage, des yaourts, du lait caillé ou des produits laitiers ? p .....	1	2	8	q. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre? q .....	1	2	8	r. Autre préparation solide ou semi-solide? r .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																												
a. N'importe quel porridge: maïs, farine, manioc, arrow-root ? a .....	1	2	8																																																																												
b. Céréale pour bébé (MARQUE DE PRÉPARATION ARTIFICIELLE FORTIFIÉE POUR BÉBÉ) b .....	1	2	8																																																																												
c. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales? c .....	1	2	8																																																																												
d. Aliments à base de tubercules [ ex : pommes de terre, igname, manioc ?] d .....	1	2	8																																																																												
e. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ? e .....	1	2	8																																																																												
f. N'importe quel légume à feuilles vertes? f .....	1	2	8																																																																												
g. Mangues, papayes mures, grenades ou melons ? g .....	1	2	8																																																																												
h. Autres fruits ou légumes, tels que figues, bananes, haricots verts, avocats, tomates ? h .....	1	2	8																																																																												
i. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons? i .....	1	2	8																																																																												
j. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin, du cheval ? j .....	1	2	8																																																																												
k. Poulet, coq, canard, pintade ou autre volaille? k .....	1	2	8																																																																												
l. Oeufs? l .....	1	2	8																																																																												
m. Poisson frais ou séché ou fruits de mer? m .....	1	2	8																																																																												
n. Préparation à base de pois ? n .....	1	2	8																																																																												
o. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ? o .....	1	2	8																																																																												
p. Du fromage, des yaourts, du lait caillé ou des produits laitiers ? p .....	1	2	8																																																																												
q. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre? q .....	1	2	8																																																																												
r. Autre préparation solide ou semi-solide? r .....	1	2	8																																																																												

NON.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
471	VÉRIFIER 470: AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> ↓	PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/>	→ 501
472	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé hier des aliments solides, semi-solides ou des purée autres que des liquide durant le jour ou la nuit?  SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS . . . . . <input type="checkbox"/>  NE SAIT PAS . . . . . 8	

## SECTION 5. VACCINATION, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES

501	INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2000 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNELS).			
502	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-AVANT- DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À LA COLONNE SUIVANTE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU S'IL N'Y A PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547)
504	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de vitamine A (comme cela)? MONTRER LES AMPOULES/ TABLETTES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 506) ← NE SAIT PAS ..... 8
505	Cela fait combien de mois que (NOM) a pris la dernière dose?	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
506	Est-ce que (NOM) prend actuellement du fer en comprimé, granules ou sirop? (comme cela)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
506 A	Est-ce qu'au cours des 6 derniers mois, (NOM) a pris des médicaments contre les parasites intestinaux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
507	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir?	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU ..... 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU ..... 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 509) ← OUI PAS VU ..... 2 (PASSER À 511) ← PAS DE CARNET ..... 3
508	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 511) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 511) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 511) ← NON ..... 2

- (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN À PARTIR DU CARNET OU DE LA CARTE
- (2) INSCRIRE '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ÉTÉ EFFECTUÉE MAIS QU' AUCUNE DATE N'A ÉTÉ REPORTÉE.

	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE				
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE		
BCG				BCG				BCG			
POLIO 0 (DONNÉE NAISSANCE)				P0				P0			
POLIO 1				P1				P1			
POLIO 2				P2				P2			
POLIO 3				P3				P3			
DTPER 1				D1				D1			
DTPER 2				D2				D2			
DTPER 3				D3				D3			
ROUGEOLE				ROU				ROU			
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			
VITAMINE A (2nd PLUS RÉCENTE)				VIT A				VIT A			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
510	(NOM) a-t-il reçu des vaccins qui n'ont pas été reportés sur ce carnet, y compris ceux reçus au cours de journées nationales de vaccination?  INSCRIRE 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTCoq 1-3 ET/OU LA ROUGEOLE	OUI ..... 1 (INSISTER POUR ←) LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIVEZ '66' À LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR À (509) (PASSER À 513) ←	OUI ..... 1 (PROBE FOR ←) VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) ←	OUI ..... 1 (PROBE FOR ←) VACCINATIONS AND WRITE '66' IN THE CORRESPONDING DAY COLUMN IN 509) (PASSER À 513) ←
		NON ..... 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS ..... 8	NON ..... 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS ..... 8	NON ..... 2 (PASSER À 513) ← NE SAIT PAS ..... 8
511	(NOM) a-t-il déjà reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de journées nationales de vaccination?	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1  NON ..... 2 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8
512	Pouvez-vous me dire si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants:			
512A	le BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse généralement une cicatrice?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
512B	la polio, c'est-à-dire, des gouttes dans la bouche?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512E) ← NE SAIT PAS ..... 8
512C	Le premier vaccin de la polio a-t-il été donné deux semaines après la naissance ou plus tard	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD ..... 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD ..... 2	2PREMIÈRES SEM. 1 PLUS TARD ..... 2
512D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
512E	Le vaccin du DTPER, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée quelquefois en même temps que les gouttes de la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 512G) ← NE SAIT PAS ..... 8
512F	Combien de fois le vaccin du DTPER a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
512G	Une injection pour éviter la rougeole?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
513	Est-ce qu'au cours de ces 2 dernières années, (NOM) a reçu certains de ces vaccins au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 515) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 515) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 515) ← AUCUN VACCIN DANS LES 2 DER ANNÉES 3 (PASSER À 515) ← NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 515) ←
514	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a t-il reçu ces vaccins?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>CAMPAGNE 1</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A  <b>CAMPAGNE 2</b> POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B  <b>CAMPAGNE 3</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	<b>CAMPAGNE 1</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A  <b>CAMPAGNE 2</b> POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B  <b>CAMPAGNE 3</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C	<b>CAMPAGNE 1</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-JUILLET 2001) A  <b>CAMPAGNE 2</b> POLIO/ROUGEOLE (SEPT-DEC 2001) B  <b>CAMPAGNE 3</b> POLIO/ROUGEOLE (MAI-AOUT 2002) C
515	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8
516	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
517	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la diarrhée. Lui-a t-on donné moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?  SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE .... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE .... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE .... 5 NE SAIT PAS ..... 8
518	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui a t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou est-ce qu'on ne lui a rien donné à manger du tout?  SI MOINS, INSISTER: lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude ou beaucoup moins?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ ..... 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ ..... 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON LA MÊME 3 QUANTITÉ ..... 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
518A	Avez-vous cherché des conseils pour la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 519) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 519) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 519) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
518B	<p>Où êtes-vous allé pour chercher des conseils?</p> <p>SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	<p>MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G</p> <p>MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I</p> <p>MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L</p> <p>TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N</p> <p>AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>
518C	VÉRIFIER 518B:	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>	<p>DEUX CODES SEUL</p> <p><input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCER ENCLÉ</p> <p>CLÉS</p> <p>(PASSER À 518E) ←</p>
518D	<p>À qui vous êtes-vous adressé en premier pour les conseils?</p> <p>UTILISER LETTRES CODE 518B.</p>	<p>PREMIER ..... <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER ..... <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>	<p>PREMIER ..... <input type="checkbox"/></p> <p>ENDROIT</p>
518E	<p>Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIVER '00'</p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/></p>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
519	Avez-vous cherché du traitement pour la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 524) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 524) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 524) ←
520	Où êtes-vous allé pour chercher du traitement?  SI LA SOURCE EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVER LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  Quelque part d'autre?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)
521	VÉRIFIER 520:	DEUX CODES SEUL <input type="checkbox"/> OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER ENCLÉ CLÉS ↓ (PASSER À 523) ←	DEUX CODES SEUL <input type="checkbox"/> OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER ENCLÉ CLÉS ↓ (PASSER À 523) ←	DEUX CODES SEUL <input type="checkbox"/> OU UN PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCER ENCLÉ CLÉS ↓ (PASSER À 523) ←
522	À qui vous êtes-vous adressé en premier pour le traitement?  UTILISER LETTRES CODE 520.	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
523	Combien de jours après le début de la diarrhée avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)?  SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
524	Est-ce que (NOM) a encore la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
525	Est-ce qu'on lui a donné l'une des choses suivantes à boire depuis le début de la diarrhée?  a Un liquide préparé à partir d'un sachet de sérum oral ou de sel lavi ?  b Un sérum oral en bouteille vendu en boutique ou pharmacie ?  c Une liquide préparé avec de l'eau, du sel et du sucre ?	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8	OUI NON NSP SAC. SRO 1 2 8 SRO LIQ. 1 2 8 SOLUTION MAISON 1 2 8
526	Est-ce qu'autre chose a été donnée pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 530) ← NE SAIT PAS ..... 8
527	A t-on donné autres choses pour traiter la diarrhée?  Rien d'autre?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) ..... D PILULE OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H  INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) ..... D PILULE OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H  INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	PILLULE OU SIROP ANTIBIOTIQUE ... A ANTIMOTILITY .. B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTI-BIOTIQUE, ANTI-MOTILITY, OU ZINC) ..... D PILULE OU SIROP INCONNU ... E  INJECTION ANTIBIOTIQUE .. F PAS ANTIBIOTI. ... G INJECTION INCONNUE ... H  INTRA VEINEUSE . I REMÈDE MAISON/ PLANTES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)
528	VÉRIFIER 527:  A-T-ON DONNÉ DU ZINC?	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←	CODE "C" CODE "C" ENCERCLÉ PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 530) ←

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
529	Combien de fois a-t-on donné du zinc à (NOM) ?	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
530	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
531	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des 2 dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 534) ← NE SAIT PAS ..... 8
532A	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI WO 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, SOUF PI WO 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
532B	Quand (NOM) a souffert de la toux, est-ce qu'il respirait plus court et rapide que d'habitude ou avait-il des difficultés respiratoires?	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI, SOUF PI KOUT 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
532C	VÉRIFIER 532A ET 532B:	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←	SI Q532A=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> OU Q532B=1 <input type="checkbox"/> Q 532A=2 OU 8 OU Q 532B=2 OU 8 (PASSER 535) ←
533	Quand (NOM) a eu cette maladie at-il/elle eu un problème dans la poitrine ou le nez qui coulait ou qui était bouché?	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 535) ←	POITRINE SEULE... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER À 535) ←
534	VÉRIFIER 530: A EU DE LA FIÈVRE?	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←	OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER À 546) ←
535	Je voudrais que vous me disiez maintenant quelle quantité de liquides on a donné à boire à (NOM) pendant la fièvre/toux. Lui a t-on donné la même quantité que d'habitude, moins ou plus que d'habitude? SI MOINS QUE D'HABITUDE, INSISTER : a t-on donné moins ou beaucoup moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . 2 ENVIRON MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE 5 NE SAIT PAS ..... 8

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
536	<p>Quand (NOM) a eu de la (fièvre/ toux), lui a t-on donné moins à manger, plus, environ la même quantité que d'habitude ou rien à manger?</p> <p>SI MOINS, INSISTER: lui a t-on donné a manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?</p>	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS . . . . . 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS . . . . . 8	BEAUCOUP MOINS 1 UN PEU MOINS . . 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ . . . . . 3 PLUS . . . . . 4 A STOPPÉ ALIMENT. 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . . . . . 6 NE SAIT PAS . . . . . 8
536A	Avez-vous cherché des conseils pour la maladie?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 537) ←	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 537) ←	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 (PASSER À 537) ←
536B	<p>Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils?</p> <p>Où d'autre?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÏT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÏT. M GUÉRISSEUR/MÉD.. FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MEDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
536C	VÉRIFIER 536B:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ ↓ (PASSER À 536E) ←
536D	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher des conseils? UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.536B	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT
536E	Combien de jours après le début de la maladie avez-vous commencé à chercher des conseils pour (NOM)? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
537	Avez-vous cherché du traitement pour la maladie	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 542) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 542) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 542) ←
538	Où êtes-vous allé pour chercher du traitement?  quelque part d'autre?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. B  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. . C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. D MÉDECIN PRIVÉ . E INFIRMIER(E)/ AUXILIAIRE . F PHARMACIE . . G  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISP. I  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . K SAGE-FEMME/ MATRO. AV. BOÎT. L  TRADITIONNEL PRIVÉ SAGE-FEMME/MA- TRONE SANS BOÎT. M GUÉRISSEUR/MÉD. . FEUILLES/ OUGAN/MAMBO N  AUTRE NON MÉDICALE BOUTIQUE/MARCHÉ O MARCHAND AMBUL. P PARENT(E)S/ AMI(E)S Q  AUTRE _____ X (PRÉCISER)

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
539	VÉRIFIER 538:	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←	DEUX CODES SEUL. <input type="checkbox"/> OU UN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> PLUS CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ EN CERCLÉ (PASSER À 541) ←
540	Où êtes-vous d'abord allé pour chercher du traitement?  UTILISER LES LETTRES DES CODES DE Q.538	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT	PREMIER ..... <input type="checkbox"/> ENDROIT
541	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous commencé à chercher du traitement pour (NOM)?  SI MÊME JOUR, INSCRIVEZ '00'.	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS ... <input type="text"/> <input type="text"/>
542	Est-ce que (NOM) souffre toujours de la fièvre et de la toux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
543	Est-ce que (MOM) a pris, à un moment quelconque, des médicaments contre la maladie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 546) ← NE SAIT PAS ..... 8
544	Quels médicaments (NOM) a-t-il pris ?  Rien d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF ..... K EXPETORANT ... L  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF ..... K EXPETORANT ... L  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUEINE ... A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI-PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-BIOTIQUE ... F BIOTIQUE ... G  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... H ACETA-MINOPHÈN ... I IBUPROFEN ... J ANTITUSSIF ..... K EXPETORANT ... L  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
544A	VÉRIFIER 544: N'IMPORTE QUEL CODE A-I ENCERCLÉ?	OUI                      NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSER À 546) ←	OUI                      NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSER À 546) ←	OUI                      NON <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ↓                                      ↓ (PASSER À 546) ←
545	Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDI CAMENT DE 544) à la maison quand (NOM) est tombé malade? SI OUI, ENCERCLER LE CODE POUR CE MÉDICAMENT.  POSER LA QUESTION SÉPARÉ MENT POUR CHAQUE ANTIPA- LUDÉEN OU ANTIBIOTIQUE DONNÉ À 544.	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUE    ...    A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-        F BIOTIQUE    ...    G	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUE    ...    A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-        F BIOTIQUE    ...    G	<b>ANTIPALUDÉENS</b> PRIMIQUE    ...    A CHLOROQUINE . B QUININE ..... C AUTRE ANTI- PALUDÉEN ... D  <b>ANTIBIOTIQUE</b> ANTIBIOTIQUES SPEC AU PAYS ..... E AUTRE ANTI-        F BIOTIQUE    ...    G
546		RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.	RETOURNER À 503 À LA COLONNE SUI- VANTE; OU SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 547.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																											
547	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES  NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2000 OU PLUS TARD VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE  UN OU PLUS <input type="checkbox"/> → AUCUN <input type="checkbox"/> →		550																											
548	La dernière fois que (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT) est allé à la selle, qu'avez-vous fait pour vous débarrasser des excréments?	ENFANT A UTIISÉ TOILETTES/LATRINE 01 JETÉ DANS TOILETTES/LATRINES... 02 JETÉS DANS ÉGOUTS OU FOSSÉ... 03 JETÉS AVEC LES ORDURES ..... 04 ENTERRÉ..... 05 LAISSÉS À L'AIR LIBRE ..... 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98																												
549	VÉRIFIER 525(a) ET 525(b), TOUTES LES LIGNES:  AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDES D'UN SACHET DE SRO OU DE LIQUIDE DE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/> → UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES D'UN SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉEMBALLÉ <input type="checkbox"/> →		551																											
550	Avez-vous déjà entendu parler de SRO ou Sel lavi ou sérum oral que l'on peut se procurer pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON..... 2																												
551	Je voudrais maintenant vous poser des questions concernant vos propres soins médicaux  Pour différentes raisons, les femmes peuvent être empêchées d'obtenir des conseils ou traitements pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous avez besoin d'un conseil ou d'un traitement, est-ce que les choses suivantes constituent un gros problème ou non?  Obtenir la permission d'aller.  Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement  La distance pour se rendre à l'établissement de santé  Avoir à prendre un moyen de transport  Ne pas vouloir s'y rendre seule  Inquiète à l'idée qu'il n'y aura peut-être pas un prestataire femme  Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de prestataire de santé.  Inquiète à l'idée qu'il n'y aura pas de médicaments disponibles	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>GROS PROBLÈME</th> <th>PAS UN GROS PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLEF... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR L'ARGENT ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE TRANSPORT ... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE ..... 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE FEMME PREST. . . 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PRESTATAIRE . . 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MÉDIC . . . . . 1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME	PERMISSION D'ALLEF... 1	1	2	OBTENIR L'ARGENT ..... 1	1	2	DISTANCE ..... 1	1	2	PRENDRE TRANSPORT ... 1	1	2	ALLER SEULE ..... 1	1	2	PAS DE FEMME PREST. . . 1	1	2	PAS DE PRESTATAIRE . . 1	1	2	PAS DE MÉDIC . . . . . 1	1	2	
	GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME																												
PERMISSION D'ALLEF... 1	1	2																												
OBTENIR L'ARGENT ..... 1	1	2																												
DISTANCE ..... 1	1	2																												
PRENDRE TRANSPORT ... 1	1	2																												
ALLER SEULE ..... 1	1	2																												
PAS DE FEMME PREST. . . 1	1	2																												
PAS DE PRESTATAIRE . . 1	1	2																												
PAS DE MÉDIC . . . . . 1	1	2																												

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
552	Avez-vous une assurance médicale?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 554
553	Quel type d'assurance médicale avez-vous?  INSCRIVER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ORGANISME MUTUELLE SANTÉ MUTUELLE/ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE MÉDICALE PAR EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALI ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
554	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur n'importe quelle injection que vous avez pu avoir au cours des 12 derniers mois. Avez-vous eu une injection pour une raison quelconque au cours des 12 derniers mois?  SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu?  SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVER '90'.  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 558
555	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par un autre professionnel de la santé?  SI NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVER '90'.  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR AVOIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D' INJECTIONS ... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 558

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
556	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un professionnel de la santé, où êtes-vous allée pour la faire?	MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT ..... 11 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 12  MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQ. .... 21 CENTRE SANTÉ/ (CAL/CSL)/ DISP. . 22 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 INFIRMIER(E)/AUXILIAIRE ..... 24 PHARMACIE ..... 25  MÉDICAL MIXTE HÔP./CLINIQ. MIXTE ..... 31 CENTRE SANTÉ/(CAL/CSL)/ DISP. . 32  MÉDICAL NON INSTIT. CLINIQUE MOBILE ..... 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRO. AV. BOÎT. . 43  AUTRE ENDROIT À LA MAISON _____ 51  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
557	Est-ce que la personne qui vous a fait l'injection, a pris la seringue et l'aiguille d'un paquet neuf et qui n'avait pas été ouvert?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
558	Fumez-vous actuellement des cigarettes?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 560
559	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumé?	CIGARETTES ..... <input type="text"/>	
560	Fumez-vous actuellement ou utilisez-vous d'autres types de tabac?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 561A
561	Quel (autre) type de tabac fumez-vous actuellement ou utilisez-vous actuellement?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE ..... A TABAC À MÂCHER ..... B TABAC À PRISER ..... C  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
561A	Buvez-vous de l'alcool?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ ..... 3	→ 562 → 562

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
561B	Quel type d'alcool buvez-vous?  Quel autre type d'alcool buvez-vous?  INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIERE ..... A TAFIA/ CLAIRIN ..... B RHUM ..... C VIN ..... D AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
562	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée tuberculose ou TB ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 601
563	Comment la tuberculose/TB se transmet-elle d'une personne à une autre?  INSISTER: d'autres moyens?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PAR L'AIR EN TOUSSANT OU ÉTERNUANANT ..... A EN PARTAGEANT DES INSTRUMENTS ..... B EN TOUCHANT UNE PERSONNE AYANT LA TB ..... C PAR LA NOURRITURE ..... D PAR CONTACT SEXUEL ..... E PAR PIQÛRES DE MOUSTIQUE ..... F PAR MOYEN SURNATUREL ..... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
564	La tuberculose peut-elle être guérie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
565	Si un membre de votre famille contractait la TB, voudriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ ÇA DÉPENC ..... 8	
566	VÉRIFIER 468:  A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>	N'A AUCUN ENFANT NÉ EN 2002 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/>	→ 601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER A
567	Maintenant je voudrais vous parler des aliments et liquides que vous avez pris hier, durant la journée ou la nuit, soit séparément ou avec d'autres aliments ou liquides.				
	Avez-vous mangé ou bu?		OUI	NO	DK
	a. Pain, riz, petit mil, maïs, blé, pâtes, biscuits, gâteaux ou autre aliments à base de céréales?	a	1	2	8
	b. Aliments à base de tubercules [ ex : pommes de terre, igname, manioc ?]	b	1	2	8
	c. Légumes tels que courges, carottes, pommes de terre douce dont l'intérieur est jaune ?	c	1	2	8
	d. N'importe quel légume à feuilles vertes?	d	1	2	8
	e. Mangues, papayes mures, abricots, grenades ou melons ?	e	1	2	8
	f. Autres fruits ou légumes, tels que bananes, haricots verts, avocats, tomates ?	f	1	2	8
	g. Des abats comme le foie, le coeur ou les rognons?	g	1	2	8
	h. Viande de boeuf, de porc, de mouton, de chèvre, de lapin ?	h	1	2	8
	i. Poulet, coq, canard, dinde, pintade ou autre volaille?	i	1	2	8
	j. Oeufs?	j	1	2	8
	k. Poisson frais ou séché ou fruits de mer?	k	1	2	8
	l. Préparation à base d'haricots, de pois ou de lentilles?	l	1	2	8
	m. Autres légumes, tels que pistaches ou noix ?	m	1	2	8
	n. Du fromage, des yaourts, du lait ou des produits laitiers?	n	1	2	8
	o. Préparation contenant de l'huile, de la graisse, du beurre?	o	1	2	8
	p. Du thé ou café?	p	1	2	8
	q. N'importe quel aliment ou boisson sucrée, comme les gâteaux, le chocolat, les sucreries, les bonbons, les sodas, les jus ou boissons à base de fruit?	q	1	2	8

## SECTION 6. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée, placée, vivavek ou vivez-vous avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉE ..... 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK ... 3 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 4 NON, PAS EN UNION ..... 5	→ 605
602	Avez-vous déjà été mariée, placée, vivavek ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉE/ PLACÉE/VIVAVEK ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ... 2 NON ..... 3	→ 614
604	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 610
605	Est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur": vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
606	ENREGISTRER LE NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DU MARI/ PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM _____  No DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
607	À part vous, est-ce que votre mari/partenaire/"monsieur" a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8	→ 610
608	Avec combien d'autres épouses ou partenaires votre mari/partenaire/"monsieur" vit-il actuellement?	NOMBRE D'AUTRES ÉPOUSES/PARTENAIRES ... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	
609	Êtes-vous la première, deuxième,.....épouse?	RANG ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
610	Avez-vous été mariée, placée, vivavek ou avez-vous vécu avec un homme, une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
611	VERIFIER 610:  MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS ↓  En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/ partenaire/ "monsieur"?	MARIÉE/A VÉCU AVEC 1 HOMME <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓  J'aimerais parler du moment où pour la première fois, vous vous êtes mariée ou vous avez commencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée. En quel mois et quelle année vous vous êtes-vous mariée ou avez-vous com- mencé à vivre avec un homme comme si vous étiez mariée pour la 1 <sup>ère</sup> foi?	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 → 613A
612	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
613A	VÉRIFIER 604: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ACTUELLEMENT VEUVE? PAS POSÉE <input type="checkbox"/> OU PAS VEUVE ↓	VEUVE <input type="checkbox"/>	→ 613D
613B	VÉRIFIER 610: MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE FOIS ↓	MARIÉE/PLACÉE/ VIVAVEK <input type="checkbox"/> UNE SEULE FOIS	→ 614
613C	Comment s'est terminé votre précédente union/mariage?	DÉCÈS/VEUVAGE ..... 1 DIVORCE ..... 2 SÉPARATION ..... 3	→ 614
613D	À qui est passé la plus grande partie des biens que possédait votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	ENQUÊTÉE ..... 1 AUTRE FEMME ..... 2 ENFANTS DE L'ÉPOUSE ..... 3 FAMILLE DE L'ÉPOUSE ..... 4 AUTRE ..... 5 (PRÉCISER) AUCUN BIEN ..... 6	→ 614
613E	Avez-vous reçu des biens ou des choses ayant de la valeur de votre dernier mari/partenaire/ "monsieur"?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
614	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
615	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels?	JAMAIS ..... 00  ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 617  → 617
616	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié(e) pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SURE ..... 8	→ 637
617	VÉRIFIER 105: 15-24 <input type="checkbox"/> ANS ↓	25-49 <input type="checkbox"/> ANS	→ 622
618	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	
619	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	→ 622
620	Cette personne était-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien avait-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE ..... 1 PLUS JEUNE ..... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 622

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
621	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	AU MOINS DIX ANS DE PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS DE PLUS ..... 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3									
622	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels?  ENREGISTRER UN NOMBRE D'ANNÉES SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ONT EU LIEU IL Y A UNE ANNÉE OU PLUS  S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL YA ... JOURS ..... 1 IL YA ... SEMAINES ..... 2 IL YA ... MOIS ..... 3 IL YA ... ANNÉES ..... 4	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px; height: 100px;"> <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> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <span style="font-size: 10px;">→ 624</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-top: 1px solid black; width: 10px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <span style="font-size: 10px;">→ 636</span> </div>								

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
623	Quand avez-vous vos derniers rapports sexuels avec cette personne?		JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
624	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 626) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 626) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 626) ←
625	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
626	Quel était votre relation avec cette personne?  SI "RENMEN", "FIANCÉ", PETIT AMI, DEMANDER: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariée? SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	MARI ..... 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	MARI ..... 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	MARI ..... 01 (PASSER À 632) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉE . 02 PARTENAIRE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉE . 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)
627	Pendant combien de temps avez-vous eu, ou depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI RAP. SEX. SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOURS	JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS. 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/>
628	VÉRIFIER 105:	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←	FEMME FEMME 15-24 25-49 <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ←
629	Quel âge à cette personne?	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DE LA PERSONNE <input type="text"/> <input type="text"/> (PASSER À 632) ← NE SAIT PAS ..... 98
630	Cette personne est-elle plus âgée que vous, plus jeune que vous, ou a-t-elle environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←	PLUS ÂGÉE ... 1 PLUS JEUNE ... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS ... 8 (PASSER À 632) ←
631	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davanatge, ou moins de dix ans de plus que vous?	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3	DIX ANS OU PLUS . 1 MOINS DE DIX ANS . 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ... 3
632	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 634) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 634) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 635) ←

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
633	Cette personne ou vous-même étiez-vous ivre à ce moment-là?  SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4	ENQUÊTÉ(E) SEUL 1 PARTENAIRE SEUL 2 ENQUÊTÉ(E) ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE 4
634	Mise à part [cette/ces deux personnes], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON ..... 2 (ALLER À 636) ←	OUI ..... 1 RETOURNER À 623 ← COLON. SUIVANTE NON ..... 2 (ALLER À 636) ←	
No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		PASSER À
635	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NOMBRE DE PERSONNES SUPÉRIEUR À 95, NOTEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES DANS 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98		
636	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DE LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98		
636A	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES  NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ(E)	PRIVÉ OBTENU ..... 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE ..... 2		→ 637
636B	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcé(e) contre votre volonté?	VOULAIT ..... 1 A ÉTÉ FORCÉ(E) ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3		→ 636D → 636D
636C	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, vous y a-t-on forcé physiquement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3		
636D	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3		→ 637
636E	Vous a-t-on forcé physiquement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3		
637	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 640

638	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b>  HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . . . A  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . B</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . C  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . D  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . E  CABINET MÉDECIN PRIVÉ . . . . . F  PHARMACIE . . . . . G</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b>  HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE . . . . . H  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . I  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . J</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b>  CLINIQUE MOBILE . . . . . K  AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . . . . . L  SAGE-FEMME/MATRONE AVEC  BOÎTE . . . . . M</p> <p><b>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</b>  BOUTIQUE/ MARCHÉ . . . . . N  BAR . . . . . O  DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . . . . P  ÉCOLE . . . . . Q  INSTITUTION RELIGIEUSE . . . . . R  PARENT(E)S/ AMI(E)S . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	
639	Si vous le voulez, pourriez-vous vous procurer un condom?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . 8	
640	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminin?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 701

641	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b>  HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . . . A  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . B</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . C  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . D  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . E  CABINET MÉDECIN PRIVÉ . . . . . F  PHARMACIE . . . . . G</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b>  HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE . . . . . H  CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/  DISPENSARE . . . . . I  CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . J</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b>  CLINIQUE MOBILE . . . . . K  AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . . . . . L  SAGE-FEMME/MATRONE AVEC  BOÎTE . . . . . M</p> <p><b>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</b>  BOUTIQUE/ MARCHÉ . . . . . N  BAR . . . . . O  DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . . . . P  ÉCOLE . . . . . Q  INSTITUTION RELIGIEUSE . . . . . R  PARENT(E)S/ AMI(E)S . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X  (PRÉCISER)</p>	
642	<p>Si vous le vouliez, pourriez-vous vous procurer un condom féminin?</p>	<p>OUI . . . . . 1  NON . . . . . 2  NE SAIT PAS/PAS SÛRE . . . . . 8</p>	

SECTION 7. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
701	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 713								
702	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ... 1 PAS D'AUTRE DU TOUT/AUCUN ... 2 → 704 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 → 713 INDÉCISE/NE SAIT PAS : ET ENCEINTE ..... 4 → 709 ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE ... 5 → 708								
703	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant ?	ENCEINTE <input type="checkbox"/> 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 → 708 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 → 713 APRÈS MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 → 708 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 998								
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 709								
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		→ 713								
706	VÉRIFIER 703 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> 24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> 00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/>		→ 709								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À	
707	<p>VÉRIFIER 702 :</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne vouliez pas avoir (un/un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que vous ne vouliez pas d'(autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>Pouvez-vous me dire pourquoi ?</p> <p>Autre raison ?</p>	<p>NON MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE . D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM ... F</p> <p>ALLAITEMENT ..... 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 PERSONNES OPPOSÉES K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE ... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b></p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ... Q</p> <p>TROP CHER ..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... T</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
708	<p>VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE ?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→ 713	
709	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 711	
710	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE ..... 98</p>	→ 713	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
711	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain ?	NON MARIÉE ..... 11  <b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b> PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE ..... 26  <b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b> ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ . 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34  <b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b> CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE 42  <b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b> PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN . 53 TROP CHER ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ... 56  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	→ 713
712	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
713	<b>VÉRIFIER 216 :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">             N'A PAS DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> </div> </div> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p><b>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</b></p>	PAS D'ENFANT ..... 00  NOMBRE ..... <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 715   → 715
714	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>GARÇONS</span> <span>FILLES</span> <span>N'IMPORTE</span> </div> NOMBRE <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
715	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale :  À la radio ? À la télévision ? Dans des journaux ou magazines ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-bottom: 5px;"> <span></span> <span>OUI</span> <span>NON</span> </div> RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ... 1 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
717	VÉRIFIER 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/PLACÉE/VIVAVEK <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 723
718	VÉRIFIER 311/311A : NI CODE 'B', NI CODE 'G', NI CODE 'M', ENCERCLÉ, MAIS AUTRES CODES ENCERCLÉS <input type="checkbox"/> CODE 'B' OU 'G' OU 'M' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUCUN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 720 → 722
719	Est-ce que votre mari/partenaire sait que vous utilisez une méthode de contraception?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
720	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement celle de de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
721	VÉRIFIER 311/311A : NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 723
722	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
723	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand :  Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST ..... 1 2 8 AUTRES FEMMES ..... 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR . 1 2 8	
724	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
725	VÉRIFIER 601 ACTUELLEMENT MARIÉE/EN UNION <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 801
726	Pouvez-vous refuser à votre mari/partenaire d'avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne souhaitez pas en avoir?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	
727	Pourriez-vous demander à votre mari d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE ..... 8	

## SECTION 8. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	VÉRIFIER 601 ET 602 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	→ 803 → 807
802	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
803	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 806
804	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	→ 806
805	Quelle est la dernière année/classe qu'il a achevée à ce niveau ?	CLASSE/ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
806	VÉRIFIER 801 : ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des sept derniers jours?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
808	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en nature ou en argent. Certaines tiennent un petit commerce, d'autres une petite affaire ou d'autres encore travaillent dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait un travail de ce genre ou un autre travail?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, avez-vous un travail ou une affaire dont vous êtes absenté pour congé, maladie, vacances ou pour une autre raison?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 818
811	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____ _____	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
812	VÉRIFIER 811 : TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→ 814
813	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre ?	PROPRE TERRE ..... 1 TERRE DE LA FAMILLE ..... 2 TERRE LOUÉE ..... 3 TERRE DE MOITIÉ . . . . . 4 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE . 5	
814	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte ?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
815	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison ?	À LA MAISON ..... 1 LOIN DE LA MAISON ..... 2	
816	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE . 2 TEMPS EN TEMPS ..... 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 EN NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
818	CHECK 601: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 824
819	VÉRIFIER 817 CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 822
820	Qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 AUTRE ..... 6	
821	Diriez-vous que vous rapportez dans votre ménage, plus d'argent que votre mari/partenaire, moins d'argent que lui ou à peu près la même chose que lui?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LE MÊME ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 NA SAIT PAS ..... 8	→ 823
822	Qui décide comment l'argent que gagne votre mari/partenaire va être utilisé: principalement vous-même, principalement votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS ARGENT ... 4 AUTRE ..... 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
823	<p>Qui généralement prend les décisions concernant vos propres soins de santé: principalement vous-même, principalement votre mari/ partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats importants pour le ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage?</p> <p>Qui généralement prend les décisions concernant les visites à vos parents ou à votre famille?</p>	<p>ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 5</p> <p>1      2      3      4      5</p>	
824	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<p>PRÉS/ PRÉS/ PAS ÉCOUTE ÉCOUTE PRÉS PAS</p> <p>ENFANTS &lt;10 ..... 1    2    8</p> <p>MARI ..... 1    2    8</p> <p>AUTRES HOMMES ..... 1    2    8</p> <p>AUTRES FEMMES ..... 1    2    8</p>	
825	<p>Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>Si elle néglige les enfants ?</p> <p>Si elle argumente avec lui ?</p> <p>Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>Si elle brûle la nourriture ?</p>	<p>OUI    NON    NSP</p> <p>SORTIR ..... 1    2    8</p> <p>NÉGL. ENFANTS ... 1    2    8</p> <p>ARGUMENTE ..... 1    2    8</p> <p>REFUSER SEX. .... 1    2    8</p> <p>BRÛLER NOUR. .... 1    2    8</p>	

## SECTION 9. VIH/SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 944
902	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
903	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
904	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
906	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
908	Y a-t-il quelque chose (d'autre) qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	↳ 910
909	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS A UTILISER DES CONDOMS ..... B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE C LIMITER LE NBRE DE PARTENAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS .. E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES. F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES .... H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS ..... J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER ..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .. M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEUR TRADITIONNEL. . N AUTRE _____ W (PRÉCISER) AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
910	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
911	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	OUI    NON    NSP GROSSESSE ..... 1    2    8 ACCOUCHEMENT ... 1    2    8 ALLAITEMENT ..... 1    2    8	
912	VÉRIFIER 911: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> → 914		
913	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
914	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
915	VÉRIFIER 208 ET 215 DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS <input type="checkbox"/> JANVIER 2003 ↓ AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> → 924 DERNIÈRE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AVANT JANVIER 2003 → 924		
916	VÉRIFIER 407: SOINS PRÉNATAUX POUR LA DERNIÈRE NAISSANCE OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> → 924		
917	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, est-ce que l'on vous a parlé de l'un des sujets suivants: Des bébés qui contractent le virus du sida de leur mère? Des choses que l'on peut faire pour ne pas contracter le sida? Effectuer un test du sida?	OUI    NON    NSP SIDA DE LA MÈRE    1    2    8 CHOSSES À FAIRE    1    2    8 TEST DU SIDA        1    2    8	
918	Dans le cadre de ces soins prénataux, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
919	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénataux?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 924
920	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
921	Où avez-vous effectué le test?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT    11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.    12 CENTRE CTV ..... 13 CLINIQUE PF ..... 14 CLINIQUE MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CTV ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 AGENT DE SANTÉ ..... 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER) AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
922	Avez-vous effectué un autre test du sida depuis que vous avez été testée pendant votre grossesse?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 925

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
923	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3	→ 931
924	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 929
925	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3	
926	la dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ ..... 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ ..... 2 TEST IMPOSÉ ..... 3	→ 927 → 927
926A	Pour quelle raison on vous a exigé de faire le test VIH/Sida?	VISA/ DEMANDE DE RESIDENCE ..... 1 ASSURANCE MEDICALE ..... 2 MARIAGE ..... 3  AUTRE _____ 9 (PRÉCISER)	
927	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous obtenu les résultats du test?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
928	Où avez-vous effectué le test ?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. ..... 12 CENTRE CTV ..... 13 CLINIQUE PF ..... 14 CLINIQUE MOBILE ..... 15 AGENT DE SANTÉ ..... 16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... 21 CENTRE CTV ..... 22 PHARMACIE ..... 23 CLINIQUE MOBILE ..... 24 AGENT DE SANTÉ ..... 25 AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 931
929	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 931

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
930	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUV.. B</p> <p>CENTRE CTV ..... C</p> <p>CLINIQUE PF ..... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE CTV ..... I</p> <p>PHARMACIE ..... J</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... L</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
931	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
932	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	<p>OUI, RESTE SECRET ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
933	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
934	D'après vous, si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	<p>AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 1</p> <p>PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8</p>	
935	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA ... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 939
936	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
937	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir le sida ou parce qu'il/elle a le sida?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
938	<p>VÉRIFIER 935, 936 ET 937 :</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>	<p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p>	→ 940

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
939	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le sida ou qui a le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
940	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
941	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le sida d'introduire le virus dans la communauté.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
942	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
943	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
944	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
945	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
946	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
947	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
948	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
949	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
950	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
951	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
952	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
953	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
954	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
955	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
956	<p>VÉRIFIER 901:</p> <p>ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU SIDA DU SIDA</p> <p>Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui se transmettent par contact sexuel? Avez-vous entendu parler d'infections qui se transmettent par contact sexuel?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
957	<p>VÉRIFIER 615:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> N'A PAS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS RAPPORTS SEXUELS</p>		→ 1001
958	<p>VÉRIFIER 956:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES D'INFECTIONS TRANSMISSIBLES PAR CONTACT SEXUEL PAR CONTACT SEXUEL</p>		→ 960
959	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
960	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>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
961	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>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
963	<p>VÉRIFIER 959, 960 ET 961</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION D'INFECTION OU (AU MOINS UN 'OUI') NE SAIT PAS</p>		→ 1001
963A	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLEME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché des conseils?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 964
963B	<p>Où êtes-vous allée?</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A</p> <p>CENTRE SANTÉ DU GOUV. .... B</p> <p>CENTRE CTV ..... C</p> <p>CLINIQUE PF ..... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... F</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ G (PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE CTV ..... I</p> <p>PHARMACIE ..... J</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... L</p> <p>AUTRE MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ _____ M (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... N</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
964	La dernière fois que vous avez eu (INFECTIONS OU PROBLÈME MENTIONNÉ À 959/960/961), avez-vous recherché du traitement?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1001
965	Où êtes-vous allée?  Aucun autre endroit?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT ... A CENTRE SANTÉ DU GOUV. .... B CENTRE CTV ..... C CLINIQUE PF ..... D CLINIQUE MOBILE ..... E AGENT DE SANTÉ ..... F AUTRE PUBLIC ..... G (PRÉCISER) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ MÉDECIN PRIVÉ ..... H CENTRE CTV ..... I PHARMACIE ..... J CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ ..... L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... M (PRÉCISER) AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... N AUTRE ..... X (PRÉCISER)	

## SECTION 10. MORTALITÉ MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle.  Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1008
1002	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie?	GARÇONS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1003	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie?	FILLES VIVANTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1004	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés?	GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1005	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées?	FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1006	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1008
1007	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés?	AUTRES ENFANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1008	<b>FAIRE LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 1002, 1003, 1004, 1005 ET 1007, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET ENREGISTRER LE TOTAL.</b>	TOTAL ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1009	VÉRIFIER 1008 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> →	INSISTER ET CORRIGER 1002 à 1008 IL SE DOIT.	
1010	VÉRIFIER 1008 :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> ↓ UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> →		→ 1100A
1011	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[1] _____	[2] _____	[3] _____	[4] _____	[5] _____	[6] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2					
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [2]←	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [3]←	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [4]←	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [5]←	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [6]←	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016← NSP .... 8 ALLER À [7]←
1015	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>					
1017	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il /elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans?  SI 'OUI', NOTER '95' SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE:  Est-ce que (NOM) mort(e) avant de se marier?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [7]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2					
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021← NON ... 2					
1020	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2					
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [7]
<b>SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A</b>							

1012	Quel nom a été donné à votre frère ou soeur le plus âgé (ou suivant) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
1013	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2	MASC. 1 FÉM. 2
1014	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [8]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [9]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [10]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [11]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [12]	OUI .... 1 NON .... 2 ALLER À 1016 NSP .... 8 ALLER À [13]
1015	Quel âge a (NOM) ?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]
1016	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
1017	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il /elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER: Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans?  SI 'OUI', NOTER '95' SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE:  Est-ce que (NOM) mort(e) avant de se marier?	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/>  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, OU '95'  ALLER À [13]
1018	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1019	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2	OUI ... 1 ALLER À 1021 NON ... 2
1020	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2	OUI ... 1 NON ... 2
1021	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> ALLER À [13]

SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1100A

**SECTION 11 - STATUT DE LA FEMME**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1100A	VÉRIFIER PAGE COUVERTURE: CE MÉNAGE A ÉTÉ SÉLECTIONNÉ POUR LE 'STATUT DE LA FEMME'?		
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→1235
1101A	VÉRIFIER 601, 602 et 604: ÉTAT MATRIMONIAL	'1', '2', '3' OU '4' À Q.601 <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT EN UNION	
	COCHER LA CASE APPROPRIÉE	'1' À Q.604, VEUVE <input type="checkbox"/> '2' À Q.604: DIVORCÉE <input type="checkbox"/> '2' À 602 OU '3' À Q.604: SÉPARÉE/A ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/> '3' OU NON' À Q.602: JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→1109A
1101B	VÉRIFIER 610: NOMBRE DE FOIS QUE L'ENQUÊTÉE A ÉTÉ EN UNION	A ÉTÉ EN UNION PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	
	EN UNION UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/>	1) SI ACTUELLEMENT EN UNION OU SÉPARÉE: UTILISER LE MOT (ACTUEL) DANS LES QUESTIONS	
	DANS LES QUESTIONS, IGNORER LES MOTS ENTRE PARENTHÈSES	2) SI ACTUELLEMENT DIVORCÉE OU VEUVE: UTILISER LE MOT (DERNIER) DANS LES QUESTIONS	
1102	J'aimerais vous poser quelques questions sur votre (actuel/dernier) mariage/union?	MOINS D'UN MOIS .....1 1 MOIS À MOINS D'1 ANNÉE.....2 1 ANNÉE OU PLUS.....3 CONNAISSAIT DEPUIS ENFANCE.....4	
	Depuis combien de temps connaissiez-vous votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" quand vous vous êtes mariée/avez commencé à être avec lui?	AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	
1104	Qui a choisi votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur"?	ENQUÊTÉE A CHOISI ..... 1 ENQUÊTÉE – MARI/PARTENAIRE CHOISIS MUTUELLEMENT ..... 2 ENQUÊTÉE A CHOISI AVEC QUELQU'UN D'AUTRE ..... 3 FAMILLE DE L'ENQUÊTÉE A CHOISI.....4 MARI/PARTENAIRE OU SA FAMILLE A CHOISI L'ENQUÊTÉE..... 5 QUELQU'UN D'AUTRE A CHOISI..... 6	} →1107
1105	Est-ce qu'on a demandé votre consentement lorsque votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" a été choisi pour vous, c'est-à-dire vous a-t-on demandé si vous vouliez ou non vous marier/vivre avec lui?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1107	VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL	VEUVE/SÉPARÉE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT EN UNION <input type="checkbox"/> DIVORCÉE _____	→1109A
1108	Vous arrive-t-il à vous et votre mari/partenaire de parler entre vous, souvent, parfois ou jamais, des choses suivantes:	SOU-VENT    PAR-FOIS    JAMAIS	
	Ce qui se passe au travail/à la ferme?	AU TRAVAIL..... 1            2            3	
	Ce qui se passe à la maison?	À LA MAISON..... 1            2            3	
	Dépenses à faire?	DÉPENSES..... 1            2            3	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES Ce qui se passe dans la communauté?	COMMUNAUTÉ.....			ALLER À
		1	2	3	
1109A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats des choses importantes pour le ménage?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les achats pour les besoins quotidiens du ménage?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne si vous devez travailler pour gagner de l'argent?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109E	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les visites à la famille, aux amis ou parents?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109F	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne vos propres soins de santé?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1109G	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne l'utilisation de la contraception?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1110	VÉRIFIER 202, 204: A DES ENFANTS VIVANTS  A UNE OU PLUS ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>				→1113
1111A	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions sur la scolarisation de votre/vos enfant(s)?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1111B	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne les décisions à prendre si un enfant tombe malade?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6			
1111C	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la façon de faire obéir les enfants?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6	
1111D	Qui, dans votre famille, a généralement le dernier mot en ce qui concerne la décision d'avoir ou non un autre enfant?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE AVEC MARI/PARTENAIRE .... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 ENQUÊTÉE AVEC QUELQU'UN AUTRE .... 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE . 6	
1113	Maintenant j'aimerais avoir votre avis sur certains aspects de la vie du ménage.  Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou non avec chacune des déclarations suivantes:  Dans le ménage, les importantes décisions, devraient être prises par les hommes du ménage.  Si la femme travaille en dehors de la maison, alors le mari devrait l'aider dans les travaux domestiques.  Une femme mariée ne devrait pas être autorisée à travailler en dehors de la maison, même si elle le veut.  La femme a le droit d'exprimer son opinion si elle n'est pas d'accord avec ce que le mari lui dit.  Une femme devrait supporter d'être battue par son mari dans le but de maintenir le ménage ensemble.  C'est mieux de donner de l'instruction à un fils qu'à une fille.	D'AC- PAS D'AC- CORD CORD NSP  DÉCISIONS PAR HOMME ..... 1 2 8  MARI DOIT AIDER ..... 1 2 8  NE PAS TRAVAILLER ..... 1 2 8  EXPRIMER OPINION ..... 1 2 8  ÊTRE BATTUE ..... 1 2 8  INSTRUCTION GARÇON ..... 1 2 8	
1114	VÉRIFIER 1101A : ÉTAT MATRIMONIAL  EN UNION/ <input type="checkbox"/> DIVORCÉE/ <input type="checkbox"/> SÉPARÉE/ <input type="checkbox"/> JAMAIS <input type="checkbox"/> VEUVE/ <input type="checkbox"/> EN UNION <input type="checkbox"/>		→1116
1115	Est-ce que des parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous?  SI OUI: Quel(s) parent(s) de votre mari/partenaire/"monsieur" vivent habituellement avec vous?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PÈRE .....A MÈRE .....B FRÈRE(S) .....C SŒUR(S) .....D FEMME(FEMMES) DU/DES FRÈRE(S) .....E MARI DE(S) SŒUR(S) .....F  AUTRE _____ X (PRÉCISER) AUCUN .....Y	
1116	Maintenant parlez-moi de votre propre famille d'origine. Est-ce que votre père est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1117	Est-ce que votre mère est toujours en vie?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1118	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre père a atteint?	AUCUN ..... 1 PRIMAIRE ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	↳1119
1118A	Votre père peut/pouvait-il lire un journal ou une lettre?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1119	Quel est (était) le plus haut niveau d'études que votre mère a atteint?	AUCUN ..... 1 PRIMAIRE ..... 2 SECONDAIRE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	↳1120

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1119A	Votre mère peut/pouvait-elle lire un journal ou une lettre?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
1120	Y a-t-il des membres de votre propre famille d'origine qui vivent suffisamment près pour que vous puissiez leur rendre visite et revenir à la maison dans la journée?	OUI..... 1 NON..... 2 VIVENT DANS MÊME MAISON..... 3	→1122
1121	Tous les combien rencontrez-vous ou parlez-vous à un membre de votre famille d'origine?	PLUSIEURS FOIS PAR SEMAINE.....01 ENVIRON UNE FOIS PAR SEMAINE.....02 PLUSIEURS FOIS PAR MOIS.....03 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ET PLUS D'UNE FOIS PAR AN.....05 ENVIRON UNE FOIS PAR AN OU MOINS.....06 JAMAIS.....07	
1122	Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez un problème, y a-t-il quelqu'un de votre famille d'origine sur lequel vous pouvez compter pour:  Vous héberger pour quelques nuits si vous en aviez besoin?  Vous aider financièrement si vous en aviez besoin?	OUI    NON    NSP HÉBERGER..... 1    2    8 AIDE FINANCIÈRE..... 1    2    8	
1124	Pendant combien d'heures dormez-vous généralement par nuit?  ARRONDIR À L'HEURE LA PLUS PROCHE	HEURES DE SOMMEIL..... <input type="text"/>	
1125	Au cours des sept derniers jours, est-ce que vous ou quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim parce qu'il n'y avait pas assez à manger?	OUI.....1 NON.....2	→1128
1126	Au cours des sept derniers jours, combien de jours êtes-vous, vous-même, allée vous coucher en ayant faim?	AUCUN/0 JOURS.....0  1 À 7 JOURS..... <input type="text"/>	→1128
1127	Est-ce que ces mêmes jours, quelqu'un d'autre de votre ménage est allé se coucher en ayant faim?  SI OUI: Qui d'autre est allé se coucher en ayant faim?	MARI/PARTENAIRE.....A FILS.....B FILLE(S).....C AUTRES PARENTS DE SEXE FÉMININ.....D AUTRES PARENTS DE SEXE MASCULIN.....E PERSONNE D'AUTRE.....Y	
1128	Maintenant j'aimerais vous poser quelques questions d'ordre financier. Je pose seulement ces questions pour mieux comprendre la situation financière des femmes. S'il-vous-plaît, dites-moi si, vous seule ou vous avec quelqu'un d'autre, vous possédez une des choses suivantes:	OUI    OUI    NE SEU-    EN-    POS- LE    SEMBLE    SÈDE PAS	
	De la terre?	TERRE..... 1    2    3	
	Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?	CE LOGEMENT/LOG. HABIT..... 1    2    3	
	Une autre maison, appartement, ou logement?	AUTRES LOGEMENTS..... 1    2    3	
	Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?	BÉTAIL..... 1    2    3	
	Une voiture?	VOITURE..... 1    2    3	
1129	VÉRIFIER 1128:  AU MOINS UN CODE '1' ENCERCLÉ POSSÈDE AU MOINS 1 BIEN <input type="checkbox"/> À ELLE SEULE ▼	AUCUN CODE '1' ENCERCLÉ NE POSSÈDE RIEN À ELLE <input type="checkbox"/> SEULE	→1131

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
1130	<p>En cas d'urgence, pourriez-vous vendre (un de) ces biens sans la permission de quelqu'un d'autre?</p> <p>(POSER SEULEMENT POUR LES BIENS CODÉS '1' À 1128; POUR LES BIENS CODÉS '2' OU '3' À 1128, ENCERCLER ICI LE CODE '3')</p> <p>De la terre?</p> <p>Cette maison/logement ou la maison/logement où vous vivez habituellement?</p> <p>Une autre maison, appartement, ou logement?</p> <p>Du bétail, comme des vaches, chevaux, mules?</p> <p>Une voiture?</p>			NE POSSÈ- DE PAS À ELLE- SEULE	
		OUI	NON		
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
1131	<p>Contrôlez-vous, vous-même, l'argent nécessaire pour acheter les choses suivantes?</p> <p>Les aliments au détail comme le maïs, patates, pois?</p> <p>Les aliments en gros comme des sacs de riz, de maïs de pois?</p> <p>Les vêtements pour vous-même?</p> <p>Les médicaments pour vous-même?</p> <p>Les articles de toilette pour vous-même, comme du savon, dentifrice ou autre?</p>			N'A- CHÈTE PAS	
		OUI	NON		
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
		1	2	3	
1132	<p>Avez-vous de l'argent en propre dont vous pouvez décider seule de son utilisation?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1135	<p>Connaissez-vous, dans cette région, des programmes qui mettent des prêts à la disposition des femmes pour qu'elles démarrent ou agrandissent leur propre affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1136	<p>Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en espèces pour démarrer ou agrandir une affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1136 A	<p>Avez-vous, vous-même, pris ou bénéficié d'un prêt en nature pour démarrer ou agrandir une affaire?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	
1137	<p>Avez-vous l'habitude de vous réunir avec d'autres femmes de la communauté pour discuter de problèmes :</p> <p>De la communauté ?</p> <p>D'éducation?</p> <p>De santé?</p> <p>De femmes?</p>		OUI	NON	
		COMMUNAUTÉ.....	1	2	
		ÉDUCATION.....	1	2	
		SANTÉ.....	1	2	
		FEMMES.....	1	2	
1138	<p>Est-ce que vous êtes affiliée à une coopérative?</p>	OUI.....		1	
		NON.....		2	



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A																																																																																															
1205	<p>A Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous fasse une des choses suivantes:</p> <p>a) Vous bouscule, secoue, ou jette quelque chose contre vous?</p> <p>b) Vous gifle?</p> <p>c) Vous torde le bras ou vous tire les cheveux?</p> <p>d) Vous frappe à coups de poing avec quelque chose qui pouvait vous blesser?</p> <p>e) Vous donne des coups de pied ou traîne à terre?</p> <p>f) Essaye de vous étrangler ou de vous brûler?</p> <p>g) Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme?</p> <p>h) Vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas?</p> <p>i) Vous force à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas?</p>	<p>B</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;"> <b>VÉRIFIER 604: NE POSER QUE SI L'ENQUETEE N'EST PAS VEUVE</b> </div> <p>Au cours des 12 derniers mois, cela est-il arrivé souvent, parfois ou jamais?</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>PAR-FOIS</th> <th>JAMAIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>OUI</td> <td>1 →</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS	OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				OUI	1 →	1	2	3	NON	2					↓				
		SOUVENT	PAR-FOIS	JAMAIS																																																																																														
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
OUI	1 →	1	2	3																																																																																														
NON	2																																																																																																	
	↓																																																																																																	
1206	<p>VÉRIFIER '1205A (a-i):</p> <p>AU MOINS UN OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>PAS UN SEUL OUI' <input type="checkbox"/></p>		→ 1209																																																																																															
1207	<p>Combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" (cette ou ces actions) s'est ou se sont produites pour la première fois?</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE, ENREISTRER '00'.</p>	<p>NOMBRE D'ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AVANT MARIAGE/ AVANT VIVRE ENSEMBLE ..... 95</p>																																																																																																
1208	<p>Est-ce qu'à la suite d'action quelconque de votre (dernier) mari/partenaire/monsieur envers vous, vous est-il déjà arrivé d'avoir un des problèmes suivants?</p> <p>a) D'avoir des entailles, des hématomes ou meurtrissures?</p> <p>b) D'avoir des hématomes aux yeux, des foulures, des luxations ou des brûlures?</p> <p>c) D'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures sérieuses?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>																																																																																																
1209	<p>Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" alors qu'il ne vous avait ni battue, ni agressée physiquement?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1212																																																																																															

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1210	VÉRIFIER 604: L'ENQUÊTÉE N'EST PAS VEUVE <input type="checkbox"/> L'ENQUÊTÉE EST VEUVE <input type="checkbox"/>		→ 1212
1211	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de faire cela à votre mari/partenaire/"monsieur" souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3	
1212	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire/"monsieur" boit (buvait) de l'alcool?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1214
1213	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3	
1214	VÉRIFIER 601 ET 602: A ÉTÉ/EST MARIÉE EN UNION <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/> Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre (actuel/dernier) mari/partenaire/"monsieur" vous a battue, giflée donné des coups de pied ou fait quelque chose afin de vous agresser physiquement? Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a déjà battue, giflée, donné des coups de pied afin de vous agresser physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1217
1215	Qui vous a agressée physiquement de cette façon? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE A PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE ..... C FILS/FILLE ..... D AUTRE PARENTS ..... E EX-MARI/APRTENAIRE ..... F PETIT AMI ACTUEL ..... G EX- PETIT AMI ..... H BELLE-MÈRE ..... I BEAU-PÈRE ..... J AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. K PROFESSEUR ..... L EMPLOYEUR ..... M POLICIER/SOLDAT ..... N AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
1216	Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé souvent, parfois ou jamais de vous faire battre, gifler, donner des coups de pieds ou de vous faire agresser physiquement par cette/ces personnes?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3	
1217	VÉRIFIER 201, 226 ET 229: A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE (OUI À 201 OU 226 OU 229) <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→ 1220
1218	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant que vous étiez enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1220

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1219	<p>Qui a agi ainsi pour vous agresser physiquement au cours d'une grossesse?</p> <p>Personne d'autres?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/APRTENAIRE ACTUEL ..... A MÈRE/NOUVELLE FEMME DU PÈRE ..... B PÈRE/NOUVEAU MARI DE LA MÈRE ..... C SOEUR/FRÈRE ..... D FILS/FILLE ..... E AUTRE PARENTS ..... F EX-MARI/APRTENAIRE ..... G PETIT AMI ACTUEL ..... H EX- PETIT AMI ..... I BELLE-MÈRE ..... J BEAU-PÈRE ..... K AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE ..... L PROFESSEUR ..... M EMPLOYEUR ..... N POLICIER/SOLDAT ..... O  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
1220	<p>VÉRIFIER 610: A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS?</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		1225
1221	<p>La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcée contre votre volonté?</p>	VOULAIT ..... 1 A ÉTÉ FORCÉ ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	
1222	<p>VÉRIFIER 601 ET 602:</p> <p>A ÉTÉ/EST MARIÉE EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un autre que votre mari/partenaire/ "monsieur" vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	
1223	<p>VÉRIFIER 1221 ET 1222:</p> <p>1221 ='1' OU '3' ET '1222 ='2' OU '3' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1226
1224	<p>VÉRIFIER 1205(h) ET 1205(i):</p> <p>1205(h) N'ÉGALE PAS '1' ET '1205(i) N'ÉGALE PAS '1' <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>		1228
1225	<p>Est-ce qu'à n'importe quel moment de votre vie, quand vous étiez une enfant ou une adulte, quelqu'un vous a forcé par n'importe quel moyen à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels quels qu'ils soient?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	1228 1228
1226	<p>Quel âge aviez-vous quand, pour la première fois, vous avez été forcée à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels?</p>	AGE REVOLU ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
1227	Quelle est la personne qui vous a forcée à ce moment-là?	MARI/APRTENAIRE ACTUEL ..... 01 EX-MARI/APRTENAIRE ..... 02 PETIT AMI ACTUEL/EX ..... 03 PÈRE ..... 04 BEAU PÈRE ..... 05 AUTRE PARENTS ..... 06 AUTRE PARENTS PAR ALLIANCE .. 07 AMI/RENCONTRE PERSONNELLE ..... 08 AMI DE LA FAMILLE ..... 09 PROFESSEUR ..... 10 EMPLOYEUR/AU TRAVAIL ..... 11 POLICIER/SOLDAT ..... 12 PRETRE/RELIGIEUX ..... 13 ETRANGER ..... 14  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	

1228	VÉRIFIER 1205A (a-i), 1213, 1217, 1221 ET 1224: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' PAS UN <input type="checkbox"/> SEUL 'OUI'		→ 1232
------	---	--	--------

1229	En ce qui concerne toutes les choses dont nous venons de parler et que vous avez subies, avez-vous essayé de rechercher de l'aide pour que cette/ces personne(s) arrête de recommencer des vous faire ça?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1231
------	---	----------------------------	--------

1230	Après de qui avez-vous recherché de l'aide? Après de personne d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE ..... A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/PRÉCÉDENT ..... C PATIT AMI ACTUEL/EX ..... AMI ..... E VOISIN ..... F RELIGIEUX ..... G MEDECIN/PERSONNEL SANTÉ .. H POLICE ..... I HOMME DE LOI ..... J SERVICE SOCIAL ..... K AUTRE ..... X (PRÉCISER)	→ 1232
------	---	---	--------

1231	Avez-vous jamais parlé de ceci à quelqu'un?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
------	---	----------------------------	--

1232	Autant que vous le savez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
------	--	---	--

REMERCIEZ L'ENQUÊTÉE POUR SA COOPÉRATION ET RASSUREZ-LA À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ DE SES RÉPONSES. RÉPONDEZ AUX QUESTIONS CI-DESSOUS SEULEMENT PAR RAPPORT AU QUESTIONNAIRE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

1233	AVEZ-VOUS EU À INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QUE CERTAINS ADULTES ESSAYAIENT D'ÉCOUTER OU SONT VENUS DANS LA PIÈCE OU ONT ESSAYÉ D'INTERVENIR DE N'IMPORTE QUELLE AUTRE FAÇON?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3	FEMME ADULTE	1	2	3
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON															
MARI	1	2	3															
AUTRE HOMME ADULTE	1	2	3															
FEMME ADULTE	1	2	3															

1234	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE N'A PU ÊTRE MENÉE, EXPLIQUER LES RAISONS	
------	--	--

1235	ENREGISTRER L'HEURE	HEUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>
------	---------------------	---

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

---

---

---

---

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

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_



SECTION 1 - CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉ

PRÉSENTATION ET CONSENTEMENT

**CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur des sujets importants concernant la santé. Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. Généralement, cette enquête dure une vingtaine de minutes environ.

Toutes les informations que vous nous fournirez seront strictement confidentielles et elles ne seront divulguées à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez décider de ne pas répondre à certaines questions ou à toutes les questions. Cependant, nous espérons que vous accepterez de participer car votre point de vue est, pour nous, très important.

Est-ce que vous avez maintenant des questions à me poser sur cette enquête?  
Puis-je commencer l'interview maintenant?

Signature de l'enquêteur \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

ENQUÊTÉ ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEW..... 1      ENQUÊTÉ REFUSE D'ÊTRE INTERVIEW..... 2 → FIN

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	En quel mois et en quelle année êtes-vous né?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNÉE ..... 9998	
103	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 102 ET/OU 103 SI INCOHÉRENT	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Avez-vous déjà fréquenté l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 106A
105	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur ? *	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE ..... 2 SUPÉRIEUR ..... 3	
106	Quelle est la classe/année la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau? * ENREGISTRER '0' SI MOINS D'UNE CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU	CLASSE ..... <input type="text"/>	

\* CODES POUR Q. 106 (CLASSE/ANNÉE)

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPÉRIEUR
CLASSE	0= 13 <sup>o</sup> /Enfantine 1/Enfantine 2 OU 12 <sup>o</sup> /CP1/1 <sup>o</sup> an. NON ACHEVÉ 1= 12 <sup>o</sup> /CP1/1 <sup>o</sup> an. 2= 11 <sup>o</sup> /CP2/2 <sup>o</sup> an. 3= 10 <sup>o</sup> /CE1/3 <sup>o</sup> an. 4= 9 <sup>o</sup> /CE2/4 <sup>o</sup> an. 5= 8 <sup>o</sup> /CM1/5 <sup>o</sup> an. 6= 7 <sup>o</sup> /CM2/6 <sup>o</sup> an.	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 6 <sup>o</sup> 2= 5 <sup>o</sup> 3= 4 <sup>o</sup> 4= 3 <sup>o</sup> 5= 2 <sup>o</sup> 6= Rétho 7= Philo	0= MOINS 1 AN ACHEVÉ 1= 1 <sup>o</sup> année. 2= 2 <sup>o</sup> année. 3= 3 <sup>o</sup> année. 4= 4 <sup>o</sup> année.



No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
117	Au cours des 12 derniers mois, qu'avez-vous fait la plupart du temps?	ALLER À L'ÉCOLE/ÉTUDIER ..... 01 CHERCHER UN TRAVAIL ..... 02 RETRAITÉ ..... 03 TROP MALADE POUR TRAVAILLER . 04 HANDICAPÉ/PEUX PAS TRAVAILLER . 05 TRAVAIL MÉNAGER/SOINS ENFANTS 06  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	
118	Depuis combien de temps habitez-vous de manière continue à (LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE)?  SI MOINS D'1 ANNÉE, ENREGISTRER '00'	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	
119	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous?	NOMBRE DE VOYAGES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 121
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été en dehors de votre communauté pendant plus d'un mois à la suite?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
121	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ..... ADVENTISTE/TÉMOIN DE J. .... 2 VAUDOISANT ..... 3 PAS DE RELIGION ..... 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	→ 201
121A	Est-ce que vous servez les "ginen" ou n'importe quelle autre "lwa"?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 2 - REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus dans votre vie. Ce qui m'intéresse ici, ce sont seulement vos propres enfants. Avez-vous déjà eu des enfants?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des enfants dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous? Et combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des enfants dont vous êtes le père et qui sont en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous eu un enfant, garçon ou fille, qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? Un enfant qui a crié ou montré des signes de vie mais qui n'a pas survécu?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS DECEDES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DECEDEES ..... <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 Q.203, 205 ET 207 ET NOTEZ LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	Pour être sûr que j'ai bien compris: vous avez eu, EN TOUT, ___enfants dans votre vie. C'est bien ça?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NÉCESSAIRE										
215	Y a-t-il des enfants qui dépendent principalement de vous?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 217A								
216	Est-ce que, parmi les enfants qui dépendent principalement de vous, certains ont moins de 18 ans?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 217A								
217	Je voudrais maintenant vous parler des enfants de moins de 18 ans qui dépendent principalement de vous.  Est-ce que vous vous fait des arrangements pour que quelqu'un s'occupe de ces enfants dans le cas où vous tomberiez malade ou dans le cas où vous ne pourriez plus vous occuper d'eux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8									

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
217A	<p>VÉRIFIER 203 ET 205 :</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p>	<p>PAS D'ENFANT ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	<p>→ 301</p> <p>→ 301</p>
217B	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?</p>	<p>GARÇONS FILLES N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	

**SECTION 3 - MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
301	Êtes-vous actuellement marié, placé, vivavek ou vivez-vous avec une femme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉ ... 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK ... 3 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ... 4 NON, PAS EN UNION ..... 5	→ 304															
302	Avez-vous déjà été marié, placé, vivavek ou avez-vous déjà vécu avec une femme?	OUI, A ÉTÉ DÉJÀ MARIÉ/ PLACÉ/VIVAVEK ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME..... 2 NON..... 3	→ 320															
303	Quel est votre état matrimonial actuel? Etes-vous veuf, divorcé ou séparé?	VEUF ..... 1 DIVORCÉ..... 2 SÉPARÉ ..... 3	→ 310															
304	Est-ce que votre femme/partenaire vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs?	VIVENT ENSEMBLE..... 1 VIT AILLEURS ..... 2																
305	Avez-vous plus d'une épouse ou avez-vous plus d'une femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié?	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP ..... 8	→ 307															
306	En tout, combien avez-vous d'épouses ou partenaires avec qui vous vivez actuellement comme si vous étiez marié?	NOMBRE D'ÉPOUSES ET DE PARTENAIRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ..... 98	→ 307															
307	<p>VÉRIFIEZ 305 :</p> <p><u>SI UNE FEMME/PARTENAIRE</u> Dites-moi le nom de votre femme (la femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié).</p> <p><u>SI PLUS D'UNE FEMME/ PARTENAIRE</u> Dites-moi le nom de chacune de vos femmes actuelles (et/ou de chaque femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié).</p> <p>ENREGISTRER LE/LES NOM(S) ET NUMÉRO(S) DE LIGNE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE POUR LES ÉPOUSES ET LE/ LES PARTENAIRES VIVANT ENSEMBLE. SI LA PERSONNE N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.</p> <p>POSER 308 POUR CHAQUE PERSONNE</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO DE LIGNE</th> <th>ÂGE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> <td><input type="text"/><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO DE LIGNE	ÂGE	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<p>308 Quel âge avait votre femme/partenaire à son dernier anniversaire?</p>
NOM	NUMÉRO DE LIGNE	ÂGE																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
_____	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>																
309	VÉRIFIER 307. HOMME A UNE SEULE FEMME <input type="checkbox"/>	HOMME A PLUS D'UNE FEMME <input type="checkbox"/>	→ 312															
310	Avez-vous été marié, placé, vivavek, ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois?	SEULEMENT UNE FOI..... 1 PLUS D'UNE FOI!..... 2	→ 312															

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
311	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre femme/partenaire?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
		NE SAIT PAS ..... 98	
312	Je voudrais maintenant vous parler du moment où, pour la première fois, vous vous êtes marié ou vous avez commencé à vivre avec une femme comme si vous étiez marié? En quel mois et quelle année cela s'est-il passé?	ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 320
		NE CONNAÎT PAS ANNÉ ..... 9998	
313	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
320	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES</b> AVANT DE CONTINUER L'INTERVIEW, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
321	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels?	JAMAIS ..... 00  ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PREMIÈRE FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIÈRE) FEMME/PARTENAIRE ..... 95	→ 323  → 323
322	Avez-vous l'intention d'attendre d'être marié pour commencer à avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR ..... 8	→ 354
323	VÉRIFIEZ 103  15-24 <input type="text"/> ANS 25-59 <input type="text"/> ANS		→ 328
324	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	
325	Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels?	ÂGE DU PARTENAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	→ 328
326	Diriez-vous que cette personne était plus âgée que vous, plus jeune que vous ou bien qu'elle avait environ le même âge que vous?	PLUS ÂGÉE ..... 1 PLUS JEUNE ..... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 328
327	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de plus que vous ou davantage, ou moins de dix ans de plus que vous?	AU MOINS DIX ANS DE PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS DE PLUS ..... 2 PLUS VIEUX, NSP DE COMBIEN ..... 3	
328	Quand avez-vous eu vos derniers rapports sexuels?  ENREGISTRER UN NOMBRE D'ANNÉES SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS ONT EU LIEU IL Y A UNE ANNÉE OU PLUS  S'IL Y A 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL YA ... JOURS ..... 1 IL YA ... SEMAINES ..... 2 IL YA ... MOIS ..... 3 IL YA ... ANNÉES ..... 4	→ 330  → 347

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT DERNIER PARTENAIRE SEXUEL																																																						
329	Quand avez-vous vos derniers rapports sexuels avec cette personne?  <b>[NE PAS POSER CETTE QUESTION POUR LE DERNIER PARTENAIRE, ICI]</b>		JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINE 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																				
330	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, un condom a-t-il été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 332) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 332) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 332) ←																																																						
331	Avez-vous utilisé un condom chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2																																																						
332	Quel était votre relation avec cette personne?  SI "RENMEN", "VIVAVEK", "FIANCÉE" OU "AMIE", DEMANDER: Vivez-vous ensemble comme si vous étiez marié?  SI OUI, ENCERCLER '02' SI NON, ENCERCLER '03'	FEMME ..... 01 (PASSER À 338) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ .... 02 VIVAVEK/ AMIE/ FIANCÉE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	FEMME ..... 01 (PASSER À 338) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ .... 02 VIVAVEK/ AMIE/ FIANCÉE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	FEMME ..... 01 (PASSER À 338) ← PARTENAIRE VIVANT AVEC ENQUÊTÉ .... 02 VIVAVEK/ AMIE/ FIANCÉE NE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ .... 03 RENCONTRE OCCASIONNELLE . 04 PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE ..... 05 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																																																						
333	Pendant combien de temps avez-vous eu, ou depuis combien de temps avez-vous des rapports sexuels avec cette personne? SI RAP. SEX. SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOURS	JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																			JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉE 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																		
338	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne, vous ou cette personne aviez-vous bu de l'alcool?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 340) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 340) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 341) ←																																																						
339	Cette personne ou vous-même étiez-vous ivre à ce moment-là?  SI OUI : Qui était ivre?	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4	ENQUÊTÉ SEUL ... 1 PARTENAIRE SEUL . 2 ENQUÊTÉ ET PARTENAIRE ..... 3 NI L'UN NI L'AUTRE . 4																																																						
340	Mise à part [cette/ces deux personnes], avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre au cours des 12 derniers mois?	OUI ..... 1 RETOURNER À 329 ← COLON. SUIVANTE NON ..... 2 (PASSER À 343) ←	OUI ..... 1 RETOURNER À 329 ← COLON. SUIVANTE NON ..... 2 (PASSER À 343) ←																																																							

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
341	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI NOMBRE DE PERSONNES SUPÉRIEUR À 95, NOTEZ '95'.	NOMBRE DE PERSONNES ... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
343	VÉRIFIER 332 (TOUTES LES COLONNES):  AUCUN PARTENAIRE N'EST PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN PARTENAIRE EST PROFESSIONNEL(LE) DU SEXE <input type="checkbox"/> →	347
344	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 347
345	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un condom a-t-il été utilisé?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 347
346	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un condom durant chaque rapport sexuel, chaque fois que vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
347	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels dans toute votre vie?  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE EST SUPÉRIEUR À '95', INSCRIVEZ '95'	NOMBRE DE PERSONNES <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
349	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRE PERSONNES  NE CONTINUEZ PAS TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS COMPLÈTEMENT EN PRIVÉ AVEC L'ENQUÊTÉ	PRIVÉ OBTENU ..... 1 PRIVÉ IMPOSSIBLE ..... 2	→ 354
350	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, diriez-vous que vous vouliez avoir ces rapports sexuels, ou que vous y avait été forcé contre votre volonté?	VOULAIT ..... 1 A ÉTÉ FORCÉ ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 352 → 352
351	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, vous y a-t-on forcé physiquement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	
352	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a obligé à avoir des rapports sexuels contre votre volonté?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 354
353	Vous a-t-on forcé physiquement?	OUI ..... 1 NON ..... 2 REFUSE DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	
354	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
355	<p>Où est-ce?</p> <p>SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Y a-t-il un autre endroit?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . . . A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE . . . . . B</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ . . . . . C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE . . . . . D</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . E</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ . . . . . F</p> <p>PHARMACIE . . . . . G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE . . . . . H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE . . . . . I</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL . . . . . J</p> <p>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</p> <p>CLINIQUE MOBILE . . . . . K</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . . . . . L</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE . . . . . M</p> <p>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ . . . . . N</p> <p>BAR . . . . . O</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE . . . . . P</p> <p>ÉCOLE . . . . . Q</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE . . . . . R</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S . . . . . S</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p>	
356A	Buvez-vous de l'alcool?	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NON . . . . . 3</p>	<p>→ 401</p> <p>→ 401</p>

## SECTION 4 - VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
401	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 445
402	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
403	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par des piqûres de moustiques?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
404	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
405	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne atteinte du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
406	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en s'abstenant de rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
407	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
408	Y a-t-il quelque chose d'autre qu'une personne peut faire pour éviter ou réduire ses risques de contracter le virus qui cause le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	↳ 410
409	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS ..... A UTILISER DES CONDOM ..... B SE LIMITER À 1 PARTENAIRE/ RESTER FIDÈLE À 1 SEUL PARTENAIRE ..... C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS ..... D ÉVITER SEX. AVEC PROSTITUÉS ... E ÉVITER SEX. AVEC PERSONNES AYANT PLUSIEURS PARTENAIRES. F ÉVITER SEX. AVEC HOMOSEXUELS . G ÉVITER SEX. AVEC PERS. QUI S'INJECTENT DES DROGUES. .... H ÉVITER TRANSFUSION SANGUINE . I ÉVITER LES INJECTIONS ..... J ÉVITER PARTAGER LAMES/RASOIRS K ÉVITER D'EMBRASSER ..... L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES ... M CHERCHER PROTECTION DE GUÉRISSEURS TRADITIONNELS . N  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
410	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait en fait le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																
411	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son bébé : Au cours de la grossesse? Pendant l'accouchement? Pendant l'allaitement?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>GROSSESSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCOUCHEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	GROSSESSE	1	2	8	ACCOUCHEMENT	1	2	8	ALLAITEMENT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
GROSSESSE	1	2	8																
ACCOUCHEMENT	1	2	8																
ALLAITEMENT	1	2	8																
412	VÉRIFIER 411: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> →		414																
413	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son bébé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
414	Y a-t-il des médicaments spéciaux que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
425	Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous déjà effectué un test pour savoir si vous aviez le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 430																
426	Quand avez-vous effectué le test du sida pour la dernière fois?	IL Y A MOINS DE 12 MOIS ..... 1 ENTRE 12 ET 23 MOIS ..... 2 IL Y A 2 ANS OU PLUS ..... 3																	
427	La dernière fois que vous avez effectué le test, aviez-vous demandé vous-même de le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté, ou bien était-il imposé?	TEST DEMANDÉ ..... 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ ..... 2 TEST IMPOSÉ ..... 3	→ 428 → 428																
427A	Pour quelle raison on vous a exigé de faire le test VIH/Sida?	VISA/ DEMANDE DE RESIDENCE ..... 1 ASSURANCE MEDICALE ..... 2 MARIAGE ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)																	
428	Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test?	OUI ..... 1 NON ..... 2																	
429	Où avez-vous effectué le test?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT ..... 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 12  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25  <b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b> HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31 CENTRE DE SANTE (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... 33  <b>SECTEUR MEDICAL NON INSTITUTIONNEL</b> CLINIQUE MOBILE ..... 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR ..... 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... 43  <b>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</b> BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... 51 BAR ..... 52 DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ..... 53 ÉCOLE ..... 54 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 55 PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... 56  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 432																

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
430	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test pour le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 432
431	Où est-ce?  SI L'ENDROIT EST UN HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)  Y a-t-il un autre endroit?  ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNÉS	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . . . . . A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE ..... B CENTRE CTV ..... C  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... D CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE ..... E CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... F CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H CENTRE CTV ..... I  SECTEUR MÉDICAL MIXTE ..... HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... J CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSARE ..... K CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... L CENTRE CTV ..... M  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
432	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
433	Si un membre de votre famille contractait le virus du sida, souhaiteriez-vous que son état reste secret ou non?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
434	Si un de vos parents contractait le virus du sida, seriez-vous prêt à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
435	D'après vous, si une enseignante a le virus du sida mais n'est pas malade, est-ce qu'elle devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
436	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé des services de santé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir ou parce qu'il/elle a le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CONNAÎT PERSONNE AYANT SIDA . . . . . 8	→ 441
437	Connaissez-vous personnellement quelqu'un à qui on a refusé de participer à des manifestations sociales, services religieux ou à des événements communautaires au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir ou parce qu'il/elle a le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
438	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a été insulté ou raillé au cours des 12 derniers mois parce qu'on le/la suspecte d'avoir ou parce qu'il/elle a le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
439	VÉRIFIEZ 436, 437, 438:  AUTRE <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>	→ 441

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
440	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est suspecté d'avoir le virus du sida ou qui a le virus du sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
441	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: Les gens qui ont le virus du sida devraient avoir honte d'eux-mêmes.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
442	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord avec l'affirmation suivante: On devrait reprocher aux gens qui ont le virus du sida d'introduire la maladie dans la communauté.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NSP/ PAS D'OPINION ..... 8	
443	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
444	Est-ce qu'on devrait enseigner aux enfants de 12-14 ans d'attendre jusqu'au mariage pour avoir des rapports sexuels pour éviter de contracter le sida?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
445	Pensez-vous que les jeunes hommes devraient attendre d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
446	Pensez-vous que la plupart des jeunes hommes que vous connaissez attendent d'être mariés pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
447	Pensez-vous que les hommes qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
448	Pensez-vous que la plupart des hommes que vous connaissez, qui ne sont pas mariés et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
449	Pensez-vous que les hommes mariés ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
450	Pensez-vous que la plupart des hommes mariés que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur épouse?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
451	Pensez-vous que les jeunes femmes devraient attendre d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
452	Pensez-vous que la plupart des jeunes femmes que vous connaissez attendent d'être mariées pour avoir des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
453	Pensez-vous que les femmes qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
454	Pensez-vous que la plupart des femmes que vous connaissez, qui ne sont pas mariées et qui ont des rapports sexuels n'ont des rapports sexuels qu'avec une seule personne?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
455	Pensez-vous que les femmes mariées ne devraient avoir des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	
456	Pensez-vous que la plupart des femmes mariées que vous connaissez n'ont des rapports sexuels qu'avec leur époux?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛR/ÇA DÉPEND ..... 8	

**SECTION 5 - AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ REPRODUCTIVE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
501	Il y a des hommes qui sont circoncis. Êtes-vous circoncis?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
502	VERIFIER 401: <input type="checkbox"/> A ENTENDU PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent être transmises par contact sexuel? <input type="checkbox"/> N'A PAS ENTENDU PARLER DU SIDA ↓ Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
503	VÉRIFIER 321:  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓ N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> →		→ 511	
504	VÉRIFIER 502: A ENTENDU PARLER D'(AUTRES) INFECTIONS TRANSMISES PAR CONTACT SEXUEL?  OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON <input type="checkbox"/> →		→ 506	
505	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
506	Il arrive parfois que les hommes aient des écoulements anormaux du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du du pénis?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
507	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère sur le pénis ou autour du pénis. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur le pénis ou autour du pénis?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
508	VÉRIFIER 505, 506, AND 507:  A EU UNE INFECTION (AU MOINS, UN 'OUI') <input type="checkbox"/> ↓ N'A PAS EU D'INFECTION OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/> →		→ 511	
509	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME DE 505/506/507), avez-vous recherché un conseil?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 510A	
510	Où êtes-vous allé?  Y a-t-il un autre endroit?  ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNES	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS. B  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... C CENTRE SANTE (CAL/CSL)/ DISPENS. D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... E CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... F PHARMACIE ..... G  SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS. I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... J  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR... L SAGE-FEMME/MATRONE AV. BOÎT.. M  AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... N INSTITUTION RELIGIEUSE ..... R PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... S AUTRE _____ X  (PRÉCISER))		

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
510A	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME DE 505/506/507), avez-vous recherché un traitement?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→511
510B	Où êtes-vous allé?  Y a-t-il un autre endroit?  ENREGISTREZ TOUS LES ENDROITS MENTIONNES	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . A CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS. B  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... C CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS. D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... E CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... F PHARMACIE ..... G  SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... H CENTRE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENS. I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... J  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR... L SAGE-FEMME/MATRONE AV. BOÏT.. M  AUTRE SOURCE NON MÉDICALE BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... N INSTITUTION RELIGIEUSE ..... R PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... S AUTRE _____ X (PRÉCISER))	
511	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les injections que vous avez eues au cours des 12 derniers mois. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une injection pour n'importe quelle raison?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eu?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90'.  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→515
512	Parmi ces injections, combien ont été administrées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST SUPÉRIEUR À 90, OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, ENREGISTRER '90'.  EN CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→515

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
513	La dernière fois que vous avez eu une injection administrée par du personnel de santé, où êtes-vous allé pour qu'on vous fasse l'injection?	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT . 11 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 12  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 22 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 23 CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25  SECTEUR MÉDICAL MIXTE HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31 CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 32 CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ... 33  SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL CLINIQUE MOBILE ..... 41 AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR . 42 SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... 43  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER))					
514	Est-ce que la personne qui a administré cette injection a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf et qui n'était pas ouvert?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8					
515	Il arrive que les maris et les femmes ne soient pas toujours d'accord sur tout. Pensez-vous qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a une maladie transmissible par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8					
516	Quand une femme sait que son mari a une maladie transmissible par contact sexuel, est-il justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom au cours des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8					
520	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE ..... <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> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>					

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉ(E)

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPÉCIFIQUES

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

