

**ENQUÊTE NATIONALE SUR LE SUIVI DES OMD (ENSOMD) 2012 – 2013**

**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME**

RÉPUBLIQUE DE MADAGASCAR

**INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)**

**OFFICE NATIONAL DE LA NUTRITION (ONN)**

**DIRECTION DE LA DÉMOGRAPHIE ET DES  
STATISTIQUES SOCIALES (DDSS)**

**DIRECTION DES STATISTIQUES  
DES MÉNAGES (DSM)**

**DIRECTION DES RELATIONS  
INSTITUTIONNELLES ET DE LA DIFFUSION  
(DRID)**

**IDENTIFICATION**

NOM DE LA LOCALITÉ _____		
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____		
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE	_ _ _
NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE DANS LA GRAPPE (BUREAU) .....	MÉNAGE/GRAPPE	_ _
NUMÉRO DE STRUCTURE (BÂTIMENT) .....	STRUCTURE	_ _ _
NUMÉRO DE MÉNAGE (DANS LA STRUCTURE) .....	MÉNAGE/STRUCTURE	_ _
RÉGION .....	RÉGION	_ _
COMMUNE .....	COMMUNE	_ _ _
ANTANANARIVO/AUTRE VILLE/RURAL .....	RÉSIDENCE	_
(ANTANANARIVO=1, AUTRE VILLE=2, RURAL=3)		
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉE _____	N° DE LIGNE	_   _

MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LA VERSION LONGUE DU QUESTIONNAIRE FEMME (OUI=1, NON=2)	MÉNAGE SÉLECTIONNÉ	_
--	--------------------	---

**VISITES D'ENQUÊTRICES**

	1	2	3	VISITE FINALE	
DATE	_____	_____	_____	JOUR	_ _ _
				MOIS	_ _ _
				ANNÉE	201 _
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	CODE ENQ.	_ _ _
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT	_
PROCHAINE VISITE	DATE _____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES	_
	HEURE _____	_____			

\* CODES RÉSULTAT

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

CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR		CONTRÔLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	_ _	NOM _____	_ _ _		
DATE  _ _ / _ _ / 201 _		DATE  _ _ / _ _ / 201 _		_ _	_ _

**INTRODUCTION ET CONSENTEMENT**

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INSTAT). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et la pauvreté. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé et de lutte contre la pauvreté. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 20 et 30 minutes. Toutes les informations que vous nous donnez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez d'y participer car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

Signature de l'enquêtrice \_\_\_\_\_ Date : |\_\_|\_|/|\_\_|\_|/ 201|\_\_|

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉE ..... 1 ↴

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

**SECTION 1 : CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
101	Enregistrer l'heure du début de l'interview	HEURE .....  __ _  MINUTE .....  __ _	
102	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?	ANNÉE .....  __ _  TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	↴ 106
103	Juste avant de vous installer ici, viviez-vous dans une grande ville, une ville ou dans un village ?	GRANDE VILLE ..... 1 VILLE ..... 2 VILLAGE ..... 3	
106	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS .....  __ _  NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE .....  __ _ _ _  NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
107	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPARER ET CORRIGER 106 ET/OU 107 SI INCOHÉRENT SI « 95 ET PLUS » ECRIRE « 95 »	ÂGE (EN ANNÉES RÉVOLUES) .....  __ _ _	
108	Avez-vous fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
109	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?  UTILISER LES CODES DANS LE TABLEAU EN BAS DE PAGE	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
110	Quelle est la dernière année/classe que vous avez achevée à ce niveau ?  UTILISER LES CODES DANS LE TABLEAU EN BAS DE PAGE	CLASSE .....  __ _	

**NIVEAU D'EDUCATION**

NIVEAU	PRIMAIRE= 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPÉRIEUR = 4
	0 = Moins d'une année achevée			
CLASSE	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6 <sup>ème</sup> = 1 T7 = 5 <sup>ème</sup> = 2 T8 = 4 <sup>ème</sup> = 3 T9 = 3 <sup>ème</sup> = 4 NSP = 8	T10 = 2 <sup>nd</sup> = 1 T11 = 1 <sup>ère</sup> = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1 <sup>ère</sup> année = 1 2 <sup>ème</sup> année = 2 3 <sup>ème</sup> année = 3 4 <sup>ème</sup> année = 4 5 <sup>ème</sup> année ou + = 5 NSP = 8

111	Vérifier 109 :  Primaire <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>		→ 115
112	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase à haute voix. Lisez-en le plus que vous pouvez.  MONTRER LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE DES PARTIES DE PHRASE . 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE DE L'ENQUÊTÉE ..... 4 AVEUGLE/MUETTE, PROBLÈME DE VUE/AUDITION . 5	
113	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme d'apprentissage de la lecture ou de l'écriture (non compris l'école primaire) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
114	VÉRIFIER 112 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 116
115	Lisez-vous un journal ou un magazine presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR. .... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
116	Écoutez-vous la radio presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR. .... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
117	Regardez-vous la télévision presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR. .... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
118	Quelle est votre religion ?	CATHOLIQUE. .... 01 PROTESTANT/FLM ..... 02 MUSULMANE ..... 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 04 ADVENTISTE ..... 05 ANGLICAN ..... 06 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 07 AUTRE (PRÉCISER) ..... 96	

**SECTION 2 : REPRODUCTION**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous ou avez-vous eu 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.....         FILLES À LA MAISON .....	
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 .....         FILLES AILLEURS.....	
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 bébé 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.....         FILLES DÉCÉDÉES.....	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL.....	
209	Vérifier 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total [ LIRE LE CHIFFRE À 208 ] 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 NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→ 226

**SECTION 2 : REPRODUCTION**

N°	QUESTIONS	1 <sup>ÈRE</sup> NAISSANCE	2 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	3 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	4 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE
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> . NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. NOTER LES JUMEUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. (S'IL Y A PLUS DE 12 NAISSANCES, UTILISER UN (DES) QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES), EN COMMENÇANT À LA SECONDE COLONNE.				
212	Quel nom a été donné à votre (1 <sup>ER</sup> /suivant) enfant ?	_____	_____	_____	_____
213	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2
214	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2
215	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	MOIS.....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __
216	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	OUI..... 1 (218a) ⬇ NON..... 2	OUI..... 1 (218a) ⬇ NON ..... 2	OUI ..... 1 (218a) ⬇ NON ..... 2	OUI ..... 1 (218a) ⬇ NON ..... 2
217	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI < 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	J..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (NAISS. SUIV.) ⬇	J..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ⬇	J..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ⬇	J..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ⬇
218a	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __
218b	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	OUI..... 1 NON (<18ans)..... 2 (220) ⬇ NON (>=18ans)..... 3 (NAISS. SUIV.) ⬇	OUI..... 1 NON (<18ans)..... 2 (220) ⬇ NON (>=18ans)..... 3 (221) ⬇	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ⬇ NON (>=18ans) ..... 3 (221) ⬇	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ⬇ NON (>=18ans) ..... 3 (221) ⬇
219	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE.	N° DE LIGNE ...  __ __  (NAISS. SUIV.) ⬇	N° DE LIGNE ...  __ __  (221) ⬇	N° DE LIGNE ...  __ __  (221) ⬇	N° DE LIGNE...  __ __  (221) ⬇
220	Où (NOM) vit-il/elle?	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8
221	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAIS. PRÉC.) et (NOM), y compris des enfants décédés après la naissance ?		OUI..... 1 AJOUTER NAISS. ⬇ NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ⬇	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ⬇ NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ⬇	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ⬇ NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ⬇

**SUITE TABLEAU DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES (NAISSANCES 5 À 8)**

N°	QUESTIONS	5 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	6 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	7 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	8 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE
212	Quel nom a été donné à votre (1 <sup>er</sup> /suivant) enfant ?	_____	_____	_____	_____
213	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2
214	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2
215	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	MOIS.....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __	MOIS .....  __ __  ANNÉE __ __ __ __
216	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	OUI..... 1 (218a) ← NON..... 2	OUI..... 1 (218a) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (218a) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (218a) ← NON ..... 2
217	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI < 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	J..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ←	J ..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ←	J ..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ←	J ..... 1  __ __  M ..... 2  __ __  A ..... 3  __ __  (221) ←
218a	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE EN ANNÉE.....  __ __	ÂGE EN ANNÉE.....  __ __	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __
218b	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	OUI..... 1 NON (<18ans)..... 2 (220) ← NON (>=18ans)..... 3 (221) ←	OUI..... 1 NON (<18ans)..... 2 (220) ← NON (>=18ans)..... 3 (221) ←	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←
219	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE	N° DE LIGNE ...  __ __  (221) ←	N° DE LIGNE ...  __ __  (221) ←	N° DE LIGNE ...  __ __  (221) ←	N° DE LIGNE...  __ __  (221) ←
220	Où (NOM) vit-il/elle?	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8
221	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAIS. PRÉC.) et (NOM), y compris des enfants décédés après la naissance ?	OUI..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←

**SUITE TABLEAU DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES (NAISSANCES 9 À 12)**

N°	QUESTIONS	9 <sup>ÈRE</sup> NAISSANCE	10 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	11 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE	12 <sup>ÈME</sup> NAISSANCE
212	Quel nom a été donné à votre (1 <sup>er</sup> /suivant) enfant ?	_____	_____	_____	_____
213	(NOM) est-il/elle une naissance simple ou multiple ?	SIMPLE ..... 1 MULTIPLE ..... 2			
214	Est-ce que (NOM) est un garçon ou une fille ?	GARÇON ..... 1 FILLE ..... 2			
215	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM) ? INSISTER : Quelle est sa date de naissance ?	MOIS .....  __ __ __  ANNÉE  __ __ __ __	MOIS .....  __ __ __  ANNÉE  __ __ __ __	MOIS .....  __ __ __  ANNÉE  __ __ __ __	MOIS .....  __ __ __  ANNÉE  __ __ __ __
216	(NOM) est-il/elle toujours en vie ?	OUI ..... 1 (218a) ← NON ..... 2			
217	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e) ? Si '1 AN', INSISTER : Quel était l'âge de (NOM) en mois ? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS ; EN MOIS SI < 2 ANS ; OU EN ANNÉES.	J. .... 1  __ __ __  M. .... 2  __ __ __  A. .... 3  __ __ __  (221) ←	J. .... 1  __ __ __  M. .... 2  __ __ __  A. .... 3  __ __ __  (221) ←	J. .... 1  __ __ __  M. .... 2  __ __ __  A. .... 3  __ __ __  (221) ←	J. .... 1  __ __ __  M. .... 2  __ __ __  A. .... 3  __ __ __  (221) ←
218a	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE EN ANNÉE .....  __ __ __			
218b	(NOM) vit-il/elle avec vous ?	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←	OUI ..... 1 NON (<18ans) ..... 2 (220) ← NON (>=18ans) ..... 3 (221) ←
219	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DE LA FEUILLE MÉNAGE	N° DE LIGNE ....  __ __ __  (221) ←	N° DE LIGNE ....  __ __ __  (221) ←	N° DE LIGNE ...  __ __ __  (221) ←	N° DE LIGNE ...  __ __ __  (221) ←
220	Où (NOM) vit-il/elle ?	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	AVEC UNE FAMILLE ÉLARGIE APPARENTÉE ..... 0 AVEC UNE FAMILLE NON APPARENTÉE ..... 1 DANS UNE INSTITUTION/ CENTRE D'ACCUEIL ..... 2 VIT SEUL ..... 3 VIT DANS LA RUE ..... 4 EN PRISON ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8
221	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAIS. PRÉC.) et (NOM), y compris des enfants décédés après la naissance ?	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←	OUI ..... 1 AJOUTER NAISS. ← NON ..... 2 NAISS. SUIVANTE ←

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ?	OUI.....1 NON .....2	
223	COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER : NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER) VÉRIFIER : POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE..... _ _  POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2007 : MOIS ET ANNÉE DE NAISSANCE ENREGISTRÉS..... _ _  POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ ..... _ _  POUR CHAQUE ENFANT DÉCÈDE : L'ÂGE DU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ ..... _ _  POUR LES DÉCÈS À 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS ..... _ _		
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2007 OU PLUS TARD..... _ _  SI AUCUNE, ENREGISTRER '0' ET PASSER À 226.		
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2007, INSCRIRE 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ).		
226	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI.....1 NON .....2 PAS SÛRE .....8	→ 229
227	Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... _ _	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant ?	À CE MOMENT-LÀ .....1 PLUS TARD.....2 NE PAS/PLUS 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 ..... _ _  ANNÉE ..... _ _ _ _	
231	VÉRIFIER 230 DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JANV. 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE AVANT JANV. 2007 <input type="checkbox"/> → 237		
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... _ _	
233	Depuis janvier 2007, avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante ?	OUI .....1 NON .....2	→ 235
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 2007. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE, 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS		
235	Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant janvier 2007 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un enfant mort-né ?	OUI.....1 NON .....2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2007 ?	MOIS ..... _ _  ANNÉE ..... _ _ _ _	
237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS .....1  _ _  IL Y A ... SEMAINES .....2  _ _  IL Y A ... MOIS.....3  _ _  IL Y A ... ANNÉES .....4  _ _  EN MÉNOPAUSE/A EU UNE HYSTÉRECTOMIE .....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE .....995 JAMAIS EU DE RÈGLE.....996	
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels ?	OUI.....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	→ 301
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou au milieu, entre deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES .....1 PENDANT LES RÈGLES.....2 JUSTE APRÈS LES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES.....4 AUTRE (PRÉCISER) .....6 NE SAIT PAS .....8	

**SECTION 3 : CONTRACEPTION**

301	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire 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 :</p> <p>Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?</p> <p>ENCERCLER CODE '1' À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE SPONTANÉMENT. CONTINUER ENSUITE LA COLONNE 301, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT.</p> <p>ENCERCLER LE CODE '1' SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE '2' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE '1' EN CERCLÉ À 301, POSER 302.</p>	302. Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE) ?	
01.	<p><u>STÉRILISATION FÉMININE</u> : Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
02.	<p><u>STÉRILISATION MASCULINE</u> : Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>Avez-vous eu un partenaire qui a eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants ?</p> <p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
03.	<p><u>PILULE</u> : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
04.	<p><u>DIU</u> : Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sagefemme ou l'infirmier/ière leur place à l'intérieur de l'utérus.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
05.	<p><u>INJECTIONS</u> : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé ou un agent communautaire pour éviter de tomber enceinte pendant trois mois.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
06.	<p><u>IMPLANTS</u> : Les femmes peuvent se faire insérer, par du personnel de santé, sous la peau du haut du bras un ou 6 bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
07.	<p><u>CONDOM</u> : Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
08.	<p><u>CONDOM FÉMININ</u> : Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
09.	<p><u>MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRHÉE (MAMA)</u> : 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</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
10.	<p><u>ABSTINENCE PÉRIODIQUE</u> : Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a le plus de risque de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
11.	<p><u>RETRAIT</u> : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
12.	<p><u>PILULE DU LENDEMAIN</u> : Les femmes peuvent prendre des pilules spéciales à n'importe quel moment dans les trois jours qui suivent des rapports sexuels non protégés, pour éviter de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
13.	<p><u>MÉTHODE DES JOURS FIXES/COLLIER</u> : Une méthode qui consiste à déplacer chaque jour l'anneau d'un collier d'une perle à l'autre, ceci à compter du 1er jour des règles. En utilisant ce collier, la femme peut connaître les jours du mois où elle a plus de chance de tomber enceinte.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2 ↴</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
14.	<p>Avez-vous entendu parler <u>D'AUTRES MOYENS OU MÉTHODES</u> que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI (PRÉCISER)</p> <p>_____ 1</p> <p>_____</p> <p>NON..... 2</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON..... 2</p>
303	<p>VÉRIFIER 302</p> <p>PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ↴</p> <p>AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> (A DÉJÀ UTILISÉ) →</p>		307

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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
305	Inscrivez '0' à chaque mois du calendrier laissé en blanc.		→ 333
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 .....  _ _	
308	VÉRIFIER 302 (01). FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>	FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/>	→ 311a
309	VÉRIFIER 226 NON ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 322
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 322
311	Quelle méthode utilisez-vous actuellement ? ENTOURER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. 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 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... K MAMA ..... L ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... M RETRAIT ..... N AUTRE (PRÉCISER) ..... X	→ 316 → 315 → 315 → 319a
311a	ENTOURER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE		
312	COCHER SI LE CODE 'C' POUR PILULE EST ENTOURÉ À 311. OUI (UTILISE LA PILULE) <input type="checkbox"/> NON (UTILISE LE CONDOM MAIS PAS LA PILULE) <input type="checkbox"/> Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez ? Puis-je voir la boîte de condoms que vous utilisez ? ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE SI LE PAQUET EST VU	BOÎTE VUE ..... 1 MARQUE (PRÉCISER) .....  _ _  BOÎTE PAS VUE ..... 2	→ 314
313	Est-ce que vous connaissez le nom de la marque de (pilules/condoms) que vous utilisez ? ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE (PRÉCISER) .....  _ _  NE SAIT PAS ..... 98	
314	Combien de (cycles de pilules/condoms) avez-vous obtenu la dernière fois ?	NOMBRE DE CYCLES PILULES/CONDOMS.  _ _ _  NE SAIT PAS ..... 998	
315	La dernière fois que vous avez obtenu (première méthode listée à 311), combien avez-vous payé, en tout, y compris le coût de la méthode et des consultations si vous en avez eu ?	COÛT .....  _ _ _ _  AR GRATUIT ..... 9995 NE SAIT PAS ..... 9998	→ 319a
316	Dans quel établissement a eu lieu la stérilisation ? Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)..... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... 12 CENTRE HOSPITALIER (CHU, CHRR) ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 14 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 15 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... 16 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISER) AUTRE (PRÉCISER) ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
317	<p>VÉRIFIER 311/311a.</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLE</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLE</p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit, qu'à cause de cette opération, vous ne pourriez pas (plus) avoir d'enfants ?</p> <p>Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/partenaire, qu'à cause de l'opération, il ne pourrait pas (plus) avoir d'enfants ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON .....2</p> <p>NE SAIT PAS .....8</p>	
318	Combien avez-vous (votre mari/partenaire) payé en tout pour la stérilisation, y compris des consultations si vous en avez eu ?	<p>COÛT .....  _ _ _ _  AR</p> <p>GRATUIT .....9995</p> <p>NE SAIT PAS .....9998</p>	
319	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?		
319a	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	<p>MOIS .....  _ _ </p> <p>ANNÉE .....  _ _ _ _ </p>	
	INSISTER : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) de façon continue ?		
320	<p>VÉRIFIER 319/319a, 215 ET 230 :</p> <p>NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS LE MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 319/319a</p> <p>RETOURNER À 319/319a, INSISTER ET ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT ÊTRE APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>(321)</p>	
321	<p>VÉRIFIER 319/319a :</p> <p>L'ANNÉE EST 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/></p> <p>L'ANNÉE EST 2006 OU AVANT <input type="checkbox"/></p> <p>INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE DANS LE CALENDRIER LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE DANS LE CALENDRIER LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2006.</p> <p>PUIS PASSER À _____ → 331</p>		
322	<p>Je voudrais vous poser des questions sur les moments où vous ou votre mari/partenaire avez utilisé une méthode contraceptive pour éviter une grossesse au cours de ces dernières années.</p> <p>UTILISER LE CALENDRIER POUR VOUS ASSURER DES PÉRIODES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2006.</p> <p>UTILISER LE NOM DES ENFANTS, LES DATES DE NAISSANCE ET LES PÉRIODES DE GROSSESSE COMME POINT DE RÉFÉRENCE.</p> <p>INSCRIRE LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE OU '0' POUR NON UTILISATION À CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES</p> <p>* Quand avez-vous utilisé pour la dernière fois une méthode ? Quelle était cette méthode ?</p> <p>* Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode ? Combien de temps après la naissance de (NOM) ?</p> <p>* Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ?</p>		
323	<p>VÉRIFIER 311/311a :</p> <p>ENCERCLE LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLE À 311/311A, ENCERCLE LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.</p>	<p>AUCUN CODE ENCERCLE .....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>DIAPHRAGME .....09</p> <p>MOUSSE/GELÉE .....10</p> <p>MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER .....11</p> <p>MAMA .....12</p> <p>ABSTINENCE PÉRIODIQUE .....13</p> <p>RETRAIT .....14</p> <p>AUTRE MÉTHODE .....96</p>	<p>→ 333</p> <p>→ 326</p> <p>→ 335</p> <p>→ 324a</p> <p>→ 335</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
324	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) quand vous avez commencé à l'utiliser ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) ..... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... 12 CENTRE HOSPITALIER (CHU, CHRR) ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 14 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 15  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE DE PF / FISA ..... 25  <b>AUTRE SOURCE</b> AGENT COMMUNAUTAIRE ..... 30 AGENT VBC ..... 31 MÉDIA SPOTS ..... 32 BOUTIQUE ..... 33 KIOSQUE ..... 34 ÉGLISE ..... 35 AMIS/PARENTS ..... 36 AUTRE (PRÉCISER) ..... 96	
324a	Où avez-vous appris à utiliser la méthode (des jours fixes/de la MAMA/Abstinence périodique (rythme)) ?  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PRIVÉ OU PUBLIC, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)		
325	VÉRIFIER 311/311A : ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE : SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ À 311/311A, ENCERCLER LE CODE POUR LA PREMIÈRE DES MÉTHODES DE LA LISTE.	PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... 11 MAMA ..... 12 ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... 13	→ 332 → 329 → 335
326	Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE DE 323) de (SOURCE DE LA MÉTHODE DE Q. 316 OU 324) en (DATE DE Q.319/319A). 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	→ 328
327	Avez-vous jamais été informée par le personnel de santé ou un agent de la planification familiale des effets secondaires ou des problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
328	Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
329	VÉRIFIER 326 : CODE '1' <input type="checkbox"/> ENCERCLE CODE '1' NON <input type="checkbox"/> ENCERCLE À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? Quand vous avez obtenu (méthode actuelle de 323) à (source de la méthode de Q. 316 OU 324) vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 331
330	Est-ce qu'un professionnel de la santé ou un agent de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	



**SECTION 4 : GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			PASSER À
401	Vérifier 224 :  UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>	PAS DE NAISSANCE EN 2007 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>			576
402	VÉRIFIER 215 : INSCRIRE DANS LE TABLEAU LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE (S'IL Y EN A PLUS DE 3, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE ADDITIONNEL).  Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).				
403	NUMÉRO DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° de ligne .....  __ __	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° de ligne .....  __ __	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° de ligne .....  __ __	
404	SELON 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	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous pas (ne plus) avoir d'enfant ?	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 432) ←	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 432) ← PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS ..... 3 (PASSER À 432) ←	
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre ?	MOIS ..... 1  __ __  ANNÉE ..... 2  __ __  NE SAIT PAS ..... 998	MOIS ..... 1  __ __  ANNÉE ..... 2  __ __  NE SAIT PAS ..... 998	MOIS ..... 1  __ __  ANNÉE ..... 2  __ __  NE SAIT PAS ..... 998	
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals ?  Si OUI : Qui avez-vous consulté ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... B  <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... D AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 414) ←			
408	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Un autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE/LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODES APPROPRIÉS.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ..... A AUTRE MAISON ..... B  <b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER ..... C CENTRE DE SANTÉ DE BASE . D AUTRE PUBLIC ..... E (PRÉCISER)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... F AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) ..... G AUTRE ..... X (PRÉCISER)			
409	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale ?	MOIS .....  __ __  NE SAIT PAS ..... 98			
410	Durant cette grossesse, combien de fois êtes-vous allée en consultation prénatale ?	NOMBRE DE FOIS .....  __ __  NE SAIT PAS ..... 98			

411	Est-ce qu'au cours des visites prénatales pour cette grossesse, vous avez effectué, au moins une fois, les examens suivants : Vous-a-t-on pesée ? Vous-a-t-on pris la tension ? Vous a-t-on prélevé de l'urine ? Vous a-t-on prélevé du sang ?	OUI NON POIDS ..... 1 2 TENSION..... 1 2 URINE ..... 1 2 SANG ..... 1 2		
412	Au cours de ces consultations prénatales, est-ce qu'on vous a parlé des signes de complication de la grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 414) ← NE SAIT PAS ..... 8		
413	Est-ce qu'on vous a dit où aller si vous aviez ces complications ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
414	Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS ..... 8		
415	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection ?	NOMBRE DE FOIS .....  __ __  NE SAIT PAS ..... 8		
416	VÉRIFIER 415 :	2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER A 421)		
417	Est-ce qu'à n'importe quel moment avant cette grossesse, on vous a fait des injections contre le tétanos, soit pour vous protéger vous-même soit pour protéger un autre bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS ..... 8		
418	Avant cette grossesse, combien avez-vous reçu d'autres injections contre le tétanos ? Si 7 OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NOMBRE DE FOIS .....  __  NE SAIT PAS ..... 8		
419	Avant cette grossesse, en quel mois et en quelle année, avez-vous reçu la dernière injection contre le tétanos ?	MOIS .....  __ __  NE SAIT PAS MOIS ..... 98 ANNÉE .....  __ __ __  (PASSER À 421) ← NE SAIT PAS ANNÉE ..... 9998		
420	Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?	ANNÉES .....  __ __		
421	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ? MONTRER COMPRIMÉ	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS ..... 8		
422	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ces comprimés ou ce sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS .....  __ __ __  NE SAIT PAS ..... 998		
423	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
424	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
425	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		

426	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 432) ← NE SAIT PAS ..... 8		
427	Quel médicament avez-vous pris ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ MONTRER DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE.	SP/FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE ..... B QUININE ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		
428	VÉRIFIER 427 : TYPE D'ANTIPALUDÉENS PRIS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE.	CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 432)		
429	Combien de fois avez-vous pris du SP/Fansidar durant cette grossesse ?	NOMBRE DE FOIS .....  __ __		
429a	Combien de comprimés avez-vous pris chaque fois? Si 6 COMPRIMÉS ET PLUS, ENREGISTRER '6'	NOMBRE DE COMPRIMÉS .....  __  NE SE SOUVIENT PLUS ..... 8		
429b	Avez-vous obtenu le traitement préventif intermittent (SP/Fansidar) durant une visite prénatale, lors d'une autre visite dans un établissement de santé ou auprès d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLISSEMENT SANITAIRE ..... 2 STRATÉGIE AVANCÉE/SSME... 3 AUTRE SOURCE ..... 6 (PRÉCISER)		
430	VÉRIFIER 407 : SOINS PRÉNATALS PAR DU PERSONNEL DE SANTÉ DURANT CETTE GROSSESSE	CODE 'A' OU 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 432)		
431	Est-ce qu'on vous a donné du SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans une formation sanitaire ou dans un autre endroit ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2 AUTRE ENDROIT ..... 6		
432	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE .4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE .4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE . 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE . 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
433	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 435) ← NE SAIT PAS ..... 8
434	Combien (NOM) pesait-il/elle ? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1  __ .  __ __ __  KG DE MÉMOIRE 2  __ .  __ __ __  NE SAIT PAS ..... 9.9998	KG DU CARNET 1  __ .  __ __ __  KG DE MÉMOIRE 2  __ .  __ __ __  NE SAIT PAS ..... 9.9998	KG DU CARNET 1  __ .  __ __ __  KG DE MÉMOIRE 2  __ .  __ __ __  NE SAIT PAS ..... 9.9998
435	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM) ? Quelqu'un d'autre ? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE PERSONNE NE L'A ASSISTÉE, INSISTER POUR DÉTERMINER SI AUCUN N'ÉTAIT PRÉSENT À L'ACCOUCHEMENT.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... B <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... D PARENTS/AMIS ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... B <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... D PARENTS/AMIS ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... B <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... D PARENTS/AMIS ..... E AUTRE ..... X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y

436	<p>Où avez-vous accouché de (NOM) ? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ..... 11 (PASSER À 443) ←</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE 22 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... 26</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 443) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ..... 11 (PASSER À 444) ←</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE 22 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... 26</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 444) ←</p>	<p><b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ..... 11 (PASSER À 444) ←</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE 22 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... 26</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISER) AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 444) ←</p>
437	<p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1        </p> <p>JOURS ..... 2        </p> <p>SEMAINES ..... 3        </p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<p>HEURES ..... 1        </p> <p>JOURS ..... 2        </p> <p>SEMAINES ..... 3        </p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<p>HEURES ..... 1        </p> <p>JOURS ..... 2        </p> <p>SEMAINES ..... 3        </p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>
438	<p>Avez-vous accouché de (NOM) 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>
439	<p>Avant de quitter l'établissement, après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé vous a examinée ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 (PASSER À 442) ←</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ←</p> <p>NON ..... 2</p>
440	<p>Combien de temps après l'accouchement, a eu lieu votre premier examen de santé ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1        </p> <p>JOURS ..... 2        </p> <p>SEMAINES ..... 3        </p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>		
441	<p>Qui vous a examiné à ce moment-là ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... 12</p> <p><b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FNON ORMÉE ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) (PASSER À 453) ←</p>		
442	<p>Après avoir quitté l'établissement, est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 445) ←</p> <p>NON ..... 2 (PASSER À 453) ←</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ←</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>OUI ..... 1 (PASSER À 455) ←</p> <p>NON ..... 2</p>
443	<p>Pour quelle raison n'avez-vous pas accouché dans une formation sanitaire ?</p> <p>INSISTER: Aucune raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>TROP CHER ..... A</p> <p>ÉTAB. PAS OUVERT ..... B</p> <p>TROP ÉLOIGNÉ/PAS DE TRANSPORT ..... C</p> <p>PAS CONFIANCE DANS ÉTABLIS. /SERVICE MAUVAISE QUALITÉ ..... D</p> <p>PAS DE PRESTATAIRE FEMME . E</p> <p>MARI/FAMILLE N'A PAS PERMIS F</p> <p>PAS NÉCESSAIRE ..... G</p> <p>PAS HABITUEL ..... H</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISER)</p>		

444	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une accoucheuse traditionnelle vous a examinée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 449) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2
445	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu votre premier examen de santé ? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER EN HEURES. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN JOURS.	HEURES ..... 1         JOURS ..... 2         SEMAINES ..... 3         NE SAIT PAS ..... 998		
446	Qui vous a examinée à ce moment-là ?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... 12 <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... 22 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)		
447	Où a eu lieu ce premier examen ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12 <b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER ..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 23 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... 26 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) ..... 36 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)		
448	VÉRIFIER 442 :	OUI <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/> (PASSER À 453)		
449	Dans les deux mois qui ont suivi la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle l'a examiné(e) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 453) ← NE SAIT PAS ..... 8		
450	Combien d'heures, de jours, de semaines après la naissance de (NOM), 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         JOURS ..... 2         SEMAINES ..... 3         NE SAIT PAS ..... 998		
451	Qui a examiné (NOM) à ce moment-là ?  INSISTER POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ASSIST. MÉDICALE ..... 12 <b>AUTRE PERSONNE</b> ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE NON FORMÉE ..... 22 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)		

452	Où a eu lieu ce premier examen ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT	<b>DOMICILE</b> VOTRE MAISON..... 11 AUTRE MAISON..... 12  <b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER..... 21 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I..... 23 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER)..... 26  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ..... 31 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER)..... 36 AUTRE..... 96 (PRÉCISER)		
453	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci ?  MONTRER MODÈLES COURANTS (CAPSULES)	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8		
454	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM) ?	OUI..... 1 (PASSER À 456) ← NON..... 2 (PASSER À 457) ←		
455	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?		OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 459) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 459) ←
456	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98
457	Vérifier 226 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?	PAS <input type="checkbox"/> ENCEINTE ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 459)		
458	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 460) ←		
459	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) <u>n'avez-vous pas eu</u> de rapports sexuels ?	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98	MOIS.....       NE SAIT PAS..... 98
460	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 467) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 467) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 467) ←
461	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       JOURS..... 2		
462	Dans les 3 jours qui ont suivi sa naissance, est-ce que (NOM) a bu autre chose que le lait maternel ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 464) ←		

463	Qu'a-t-on donné à boire à (NOM) ? Rien d'autre ? ENREGISTRER TOUS LES LIQUIDES MENTIONNÉS	LAIT (AUTRE QUE MATERNEL).. A EAU ..... B EAU SUCRÉE /EAU GLUCOSÉE . C INFUSION CALMANTE POUR COLIQUES ..... D SOLUTION EAU SALÉE- SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT.....F PRÉPARATION POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS..... H MIEL .....I AUTRE_____X (PRÉCISER)		
464	Vérifier 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 466) ←		
465	Allaité-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 (PASSER À 468) ← NON..... 2		
466	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS.....  __ __  NE SAIT PAS..... 98	MOIS.....  __ __  ALLAITE ENCORE..... 95 NE SAIT PAS..... 98	MOIS .....  __ __  ALLAITE ENCORE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98
467	Vérifier 404 : L'ENFANT EST-IL VIVANT ?	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À COLONNE SUIVANTE ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (470)	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (RETOURNER À 405 À AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTION. ; OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 501) (470)
468	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT .....  __ __		
469	Hier, combien de fois avez-vous allaité, pendant les heures de la journée ? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR .....  __ __		
470	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
471		RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.	RETOURNER À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER À 501.

**SECTION 5 : VACCINATION DES ENFANTS, SANTÉ ET NUTRITION DES FEMMES ET DES ENFANTS**

501 INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE EN 2007 OU PLUS TARD. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISER LES 2 DERNIÈRES COLONNES DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).

502	N° DE LIGNE DE 212	DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE .....	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE .....	AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE N° DE LIGNE .....
-----	--------------------	---	---	---

503	DE 212 ET 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS., ALLER À 573)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS., ALLER À 573)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS., ALLER À 573)
-----	---------------	---	---	---

504	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  Si Oui : Puis-je le voir, s'il vous plait ?	OUI, VU (PAHASALAMANA) .....1 (PASSER À 506) ←  OUI, VU (AUTRE CARNET) .....2 (PASSER À 506) ←  OUI, PAS VU .....3 (PASSER À 508) ←  PAS DE CARNET .....4	OUI, VU (PAHASALAMANA) .....1 (PASSER À 506) ←  OUI, VU (AUTRE CARNET) .....2 (PASSER À 506) ←  OUI, PAS VU .....3 (PASSER À 508) ←  PAS DE CARNET .....4	OUI, VU (PAHASALAMANA) .....1 (PASSER À 506) ←  OUI, VU (AUTRE CARNET) .....2 (PASSER À 506) ←  OUI, PAS VU .....3 (PASSER À 508) ←  PAS DE CARNET .....4
-----	--	--	--	--

505	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ?  Si Oui : Est-il un carnet Karinem pahasalamana ?	OUI, PAHASALAMANA .....1 OUI, PAS PAHASALAMANA .....2 NON, PAS DE CARNET .....3  (PASSER À 508) ←	OUI, PAHASALAMANA .....1 OUI, PAS PAHASALAMANA .....2 NON, PAS DE CARNET .....3  (PASSER À 508) ←	OUI, PAHASALAMANA .....1 OUI, PAS PAHASALAMANA .....2 NON, PAS DE CARNET .....3  (PASSER À 508) ←
-----	---	---	---	---

506 (1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.  
 (2) NOTER '44' À LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.  
 (3) SI PLUS DE DEUX DOSES DE VITAMINE 'A', ENREGISTRER LES DATES POUR LA DERNIÈRE ET AVANT-DERNIÈRE DOSES.

	DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		
	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE	JOUR	MOIS	ANNÉE
BCG									
POLIO 0 (À LA NAISSANCE)									
POLIO 1									
POLIO 2									
POLIO 3									
DTCOQ 1									
DTCOQ 2									
DTCOQ 3									
ROUGEOLE									
HÉPATITE B1									
HÉPATITE B2									
HÉPATITE B3									
DTCOQHB1									
DTCOQHB2									
DTCOQHB3									
HIB (DTCOq, HEPB Hib)									
PCV 1 ou 2 ou 3									
VITAMINE A (AVANT LA PLUS RÉCENTE)									
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)									

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
506a	Vérifier 506	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>	BCG À ROUGEOLE TOUT ENREGISTRÉ <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/>
		(ALLER À 512) →	↓	(ALLER À 512) →	↓	(ALLER À 512) →	↓
507	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins qui ne sont pas inscrits sur ce carnet, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE LE BCG, LA POLIO 0-3, LE DTCCOQ 1-3 ET/OU LA ROUGEOLE.	OUI..... 1 (INSISTER SUR LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COL. CORRESPONDANT À 506) (PASSER À 512) ←	NON..... 2 (PASSER À 512) ←	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 (INSISTER SUR LES VACCINS ET NOTER '66' À LA COL. CORRESPONDANT À 506) (PASSER À 512) ←	NON..... 2 (PASSER À 512) ←	NE SAIT PAS ..... 8
508	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccins pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccins reçus le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 512) ←	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 512) ←	NE SAIT PAS ..... 8
509	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'un des vaccins suivants.						
509a	Le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans bras/l'avant-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
509b	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche ?	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 509e) ←	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 509e) ←	NE SAIT PAS ..... 8
509c	Le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné dans les deux premières semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX 1 <sup>ÈRES</sup> SEMAINES ..... 1	PLUS TARD ..... 2		DEUX 1 <sup>ÈRES</sup> SEMAINES ..... 1	PLUS TARD ..... 2	
509d	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .....  ___			NOMBRE DE FOIS .....  ___		
509e	Le vaccin du DTCCOq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la cuisse (fesse) donnée quelquefois en même temps que les gouttes contre la polio ?	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 509g) ←	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1	NON..... 2 (PASSER À 509g) ←	NE SAIT PAS ..... 8
509f	Combien de fois le vaccin du DTCCOq a-t-il été donné ?	NOMBRE DE FOIS .....  ___			NOMBRE DE FOIS .....  ___		
509g	Une vaccination contre la rougeole ou la RRO (VAR), c'est-à-dire une injection dans le bras à l'âge de 9 mois ou plus tard pour lui éviter d'avoir la rougeole ?	OUI..... 1	NON..... 2	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1	NON..... 2	NE SAIT PAS ..... 8
512	VÉRIFIER 506 : DATE INSCRITE POUR DOSE DE VITAMINE A	DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 514)		DATE POUR LA DOSE LA PLUS RÉCENTE DE VIT. A <input type="checkbox"/>	AUTRE <input type="checkbox"/> (PASSER À 514)	
513	D'après son carnet de santé, (NOM) a reçu une dose de vitamine A (comme celle(s)-ci) en (MOIS ET ANNÉE DE LA DOSE LA PLUS RÉCENTE SELON LE CARNET). Est-ce que (NOM) a reçu une autre dose de vitamine A depuis ? MONTRER MODÈLES COURANTS (CAPSULES)	OUI..... 1 (PASSER À 515) ←	NON..... 2 (PASSER À 516) ←	NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 (PASSER À 515) ←	NON..... 2 (PASSER À 516) ←	NE SAIT PAS ..... 8

514	Est-ce que (NOM) a déjà reçu une dose de Vitamine A (comme celle(s)-ci) ? MONTRER MODÈLES COURANTS (CAPSULES)	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 516) ← NE SAIT PAS ..... 8
515	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A au cours des six derniers mois ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
516	Au cours des sept derniers jours est-ce que (NOM) a pris des comprimés de fer, des granules, du sirop contenant du fer (comme celui (ceux)-ci) ? MONTRER TYPES COURANTS DE COMPRIMÉ, GRANULE, SIROP	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
517	Au cours des six derniers mois, est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
518	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8
519	Est-ce qu'il y avait 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
520	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) durant sa diarrhée, y compris le lait maternel. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	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
521	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui avez-vous donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou ne lui avez-vous rien donné à manger ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .. 3 PLUS..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .. 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
522	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?	OUI..... 1 (PASSER À 523) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3	OUI..... 1 (PASSER À 523) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3	OUI ..... 1 (PASSER À 523) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3
522a	Pourquoi n'avez-vous pas recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ? ENCADRER LES CODES DE TOUTES LES RÉPONSES DONNÉES	MALADIE NON GRAVE ..... A PROBLÈME FINANCIER ..... B ÉLOIGNEMENT ..... C CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS. D INUTILE ..... E NE VEUT PAS ..... F NON REÇU ..... G PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... H AUTRES ..... X (PASSER ENSUITE À 527 QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE)	MALADIE NON GRAVE ..... A PROBLÈME FINANCIER ..... B ÉLOIGNEMENT ..... C CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS. D INUTILE ..... E NE VEUT PAS ..... F NON REÇU ..... G PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... H AUTRES ..... X (PASSER ENSUITE À 527 QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE)	MALADIE NON GRAVE ..... A PROBLÈME FINANCIER ..... B ÉLOIGNEMENT ..... C CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS. D INUTILE ..... E NE VEUT PAS ..... F NON REÇU ..... G PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... H AUTRES ..... X (PASSER ENSUITE À 527 QUELLE QUE SOIT LA RÉPONSE)

523	<p>Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement ? Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II .....A CTR HOSPITALIER I .....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .....C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) .....E</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ .....G PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .....H MÉDECIN PRIVÉ .....I CENTRE DE PF/FISA .....J TOP RÉSEAU .....K AUTRE MÉDIC. PUBLIC (PRÉCISER) .....L</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT COMMUNAUTAIR. ....M AGENT VBC .....M BOUTIQUE .....N KIOSQUE .....O GUÉRISSEUR TRADIT. ....P AUTRE .....X (PRÉCISER)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II .....A CTR HOSPITALIER I .....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .....C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) .....E</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ .....G PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .....H MÉDECIN PRIVÉ .....I CENTRE DE PF/FISA .....J TOP RÉSEAU .....K AUTRE MÉDIC. PUBLIC (PRÉCISER) .....L</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT COMMUNAUTAIR. ....M AGENT VBC .....M BOUTIQUE .....N KIOSQUE .....O GUÉRISSEUR TRADIT. ....P AUTRE .....X (PRÉCISER)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II .....A CTR HOSPITALIER I .....B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II .....C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I .....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) .....E</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ .....G PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .....H MÉDECIN PRIVÉ .....I CENTRE DE PF/FISA .....J TOP RÉSEAU .....K AUTRE MÉDIC. PUBLIC (PRÉCISER) .....L</p> <p><b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT COMMUNAUTAIR. ....M AGENT VBC .....M BOUTIQUE .....N KIOSQUE .....O GUÉRISSEUR TRADIT. ....P AUTRE .....X (PRÉCISER)</p>
524	VÉRIFIER 523 :	<p>2 CODES OU PLUS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ↓</p> <p>UN SEUL CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 526) ↓</p>	<p>2 CODES OU PLUS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ↓</p> <p>UN SEUL CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 526) ↓</p>	<p>2 CODES OU PLUS <input type="checkbox"/> ENCERCLÉS ↓</p> <p>UN SEUL CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 526) ↓</p>
525	<p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISER LES CODES Q.523</p>	1 <sup>ER</sup> ENDROIT ..... _ _	1 <sup>ER</sup> ENDROIT ..... _ _	1 <sup>ER</sup> ENDROIT ..... _ _
526	<p>Combien de jours après le début de la diarrhée, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (Nom) ?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	JOURS ..... _ _	JOURS ..... _ _	JOURS ..... _ _
527	(NOM) a-t-il encore la diarrhée, en ce moment ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>
528	<p>Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire depuis qu'il/elle a la diarrhée ?</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial</p> <p>b) Liquide SRO en sachet préconditionné (MONTRER MODÈLES COURANTS)</p> <p>c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8</p> <p>SRO LIQUIDE ..... 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8</p> <p>SRO LIQUIDE ..... 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO ..... 1 2 8</p> <p>SRO LIQUIDE ..... 1 2 8</p> <p>LIQUIDE MAISON ..... 1 2 8</p>
528a	VÉRIFIER 528 : A-T-ON UN LIQUIDE SACHET SRO ?	<p>CODES '1' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CODES '2' OU '8' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>(PASSER À 529)</p>	<p>CODES '1' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CODES '2' OU '8' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>(PASSER À 529)</p>	<p>CODES '1' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>CODES '2' OU '8' DE SRO ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>(PASSER À 529)</p>

528b	Vous m'avez indiqué avoir utilisé un sachet SRO pour le traitement de la diarrhée de (NOM), où avez-vous reçu le sachet SRO ?	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II ..... 11 CTR HOSPITALIER I ..... 12 CTR HOSPITALIER (CHU, CHR) ..... 13 CTR DE SANTÉ DE BASE II ... 14 CTR DE SANTÉ DE BASE I .... 15  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ...21 CTR DE SANTÉ PRIVÉ .....22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS .....23 MÉDECIN PRIVÉ.....24 CENTRE PF/FISA.....25  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC.....31 AGENT COMMUNAUTAIRE ...32 MEDIA SPOTS .....33 BOUTIQUE .....34 KIOSQUE .....35 ÉGLISE .....36 AMIS/PARENTS.....37  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II ..... 11 CTR HOSPITALIER I ..... 12 CTR HOSPITALIER (CHU, CHR)..... 13 CTR DE SANTÉ DE BASE II .. 14 CTR DE SANTÉ DE BASE I ... 15  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. 21 CTR DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA..... 25  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC..... 31 AGENT COMMUNAUTAIRE .. 32 MEDIA SPOTS..... 33 BOUTIQUE..... 34 KIOSQUE..... 35 ÉGLISE ..... 36 AMIS/PARENTS..... 37  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II..... 11 CTR HOSPITALIER I..... 12 CTR HOSPITALIER (CHU, CHR)..... 13 CTR DE SANTÉ DE BASE II... 14 CTR DE SANTÉ DE BASE I.... 15  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ .. 21 CTR DE SANTÉ PRIVÉ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA..... 25  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC..... 31 AGENT COMMUNAUTAIRE... 32 MEDIA SPOTS..... 33 BOUTIQUE ..... 34 KIOSQUE ..... 35 ÉGLISE..... 36 AMIS/PARENTS..... 37  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)
528c	Combien vous avez payé pour le sachet SRO ? Si SUPÉRIEUR À 9995, INSCRIRE 9995	MONNAIE LOCALE (AR.)..... _ _ _ _ _ _ _  GRATUIT..... 9996 NE SAIT PAS..... 9998	MONNAIE LOCALE (AR.)..... _ _ _ _ _ _ _  GRATUIT ..... 9996 NE SAIT PAS..... 9998	MONNAIE LOCALE (AR.)..... _ _ _ _ _ _ _  GRATUIT ..... 9996 NE SAIT PAS ..... 9998
529	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 533) ← NE SAIT PAS ..... 8
530	Qu'a-t-on donné (d'autre) pour traiter la diarrhée ? Quelque chose d'autre ? ENREGISTRER TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE ..... A ANTIMOTILITE ..... B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTIBIOTIQUE ANTIMOTILITE OU ZINC) .... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU... E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ..... F PAS ANTIBIOTIQUE ..... G INJECTION INCONNUE ..... H INTRAVEINEUSE ..... I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE ..... A ANTIMOTILITE ..... B ZINC ..... C AUTRE (PAS ANTIBIOTIQUE ANTIMOTILITE OU ZINC) .... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU.. E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ..... F PAS ANTIBIOTIQUE ..... G INJECTION INCONNUE..... H INTRAVEINEUSE ..... I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE ..... A ANTIMOTILITE ..... B ZINC..... C AUTRE (PAS ANTIBIOTIQUE ANTIMOTILITE OU ZINC) .... D COMPRIMÉ/SIROP INCONNU.. E  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE..... F PAS ANTIBIOTIQUE..... G INJECTION INCONNUE ..... H INTRAVEINEUSE ..... I REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES ..... J  AUTRE _____ X (PRÉCISER)
531	VÉRIFIER 530 : A-T-ON DONNÉ DU ZINC ?	CODES 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533)	CODES 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533)	CODES 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODES 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 533)
532	Combien de fois a-t-on donné du zinc à (NOM) ?	NOMBRE DE FOIS .....  _ _ _ _  NE SAIT PAS..... 98	NOMBRE DE FOIS.....  _ _ _ _  NE SAIT PAS..... 98	NOMBRE DE FOIS.....  _ _ _ _  NE SAIT PAS ..... 98
533	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux 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
534	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 537) ← NE SAIT PAS ..... 8

535	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 538) ← NE SAIT PAS ..... 8
536	Ces difficultés pour respirer étaient-elles dues à un problème de bronches, ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRONCHES SEULES ..... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER A 538) ←	BRONCHES SEULES ..... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER A 538) ←	BRONCHES SEULES ..... 1 NEZ SEUL ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8 (PASSER A 538) ←
537	Vérifier 533 : A-T-IL EU LA FIÈVRE ?	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À (572a)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À (572a)	OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> ↓ ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAIS., ALLER À OU SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À (572a)
538	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide a été donnée à (NOM) pendant qu'il/elle souffrait de la toux/avait de la fièvre, y compris le lait maternel. Lui avez-vous offert à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous offert à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	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
539	Quand (NOM) avait de la fièvre/souffrait de la toux, lui avez-vous offert à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ? SI MOINS, INSISTER : Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .. 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .. 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .. 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER . 6 NE SAIT PAS ..... 8
540	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement quand (NOM) avait la fièvre/souffrait de la toux ?	OUI ..... 1 (PASSER À 541) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3	OUI ..... 1 (PASSER À 541) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3	OUI ..... 1 (PASSER À 541) ← NON, J'AI ACHETÉ MOI-MÊME LES MÉDICAMENTS ..... 2 NON, JE N'AI RIEN FAIT ..... 3
540a	Pourquoi n'avez-vous pas recherché des conseils ou un traitement pour la fièvre/toux ?	NON GRAVITÉ DE LA MALADIE ..... 11 PROBLÈME FINANCIER ..... 12 ÉLOIGNEMENT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS.. 14 INUTILE ..... 15 NE VEUT PAS ..... 16 NON REÇU ..... 17 PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... 18 NON CONCERNÉ ..... 19 AUTRES ..... 96 (PASSER ENSUITE À 545 QUELLE	NON GRAVITÉ DE LA MALADIE ..... 11 PROBLÈME FINANCIER ..... 12 ÉLOIGNEMENT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS.. 14 INUTILE ..... 15 NE VEUT PAS ..... 16 NON REÇU ..... 17 PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... 18 NON CONCERNÉ ..... 19 AUTRES ..... 96 (PASSER ENSUITE À 545 QUELLE	NON GRAVITÉ DE LA MALADIE ..... 11 PROBLÈME FINANCIER ..... 12 ÉLOIGNEMENT ..... 13 CENTRE DE SANTÉ FERMÉ OU ABSENTÉISME DES AGENTS . 14 INUTILE ..... 15 NE VEUT PAS ..... 16 NON REÇU ..... 17 PROBLÈME DE QUALITÉ DES SOINS ..... 18 NON CONCERNÉ ..... 19 AUTRES ..... 96 (PASSER ENSUITE À 545 QUELLE

		QUE SOIT LA RÉPONSE)	QUE SOIT LA RÉPONSE)	QUE SOIT LA RÉPONSE)
541	Où avez-vous recherché un conseil ou un traitement ? Quelque part ailleurs ?  INSISTER POUR IDENTIFIER LES TYPES D'ENDROITS ET ENCERCLER LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S). SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II.....A CTR HOSPITALIER I.....B CTR DE SANTÉ DE BASE II.....C CTR DE SANTÉ DE BASE I.....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ E  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ.....G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H MÉDECIN PRIVÉ.....I CENTRE PF/FISA.....J TOP RÉSEAU.....K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ (PRÉCISER) _____ L  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC.....M AGENT COMMUNAUT.....N BOUTIQUE.....O KIOSQUE.....P GUÉRISSEUR TRADIT.....Q AUTRE.....X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II.....A CTR HOSPITALIER I.....B CTR DE SANTÉ DE BASE II.....C CTR DE SANTÉ DE BASE I.....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ E  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ.....G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H MÉDECIN PRIVÉ.....I CENTRE PF/FISA.....J TOP RÉSEAU.....K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ (PRÉCISER) _____ L  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC.....M AGENT COMMUNAUT.....N BOUTIQUE.....O KIOSQUE.....P GUÉRISSEUR TRADIT.....Q AUTRE.....X (PRÉCISER)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CTR HOSPITALIER II.....A CTR HOSPITALIER I.....B CTR DE SANTÉ DE BASE II.....C CTR DE SANTÉ DE BASE I.....D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ E  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....F CTR DE SANTÉ PRIVÉ.....G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS.....H MÉDECIN PRIVÉ.....I CENTRE PF/FISA.....J TOP RÉSEAU.....K AUTRE MÉDIC. PRIVÉ (PRÉCISER) _____ L  <b>AUTRE ENDROIT</b> AGENT VBC.....M AGENT COMMUNAUT.....N BOUTIQUE.....O KIOSQUE.....P GUÉRISSEUR TRADIT.....Q AUTRE.....X (PRÉCISER)
542	VÉRIFIER 541 :	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ↓ UN SEUL CODE ENCERCLÉ (PASSER À 544) ←	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ↓ UN SEUL CODE ENCERCLÉ (PASSER À 544) ←	2 CODES OU PLUS ENCERCLÉS ↓ UN SEUL CODE ENCERCLÉ (PASSER À 544) ←
543	Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISER LES CODES Q.541	1 <sup>ER</sup> ENDROIT.....  __	1 <sup>ER</sup> ENDROIT.....  __	1 <sup>ER</sup> ENDROIT.....  __
544	Combien de jours après le début de la fièvre/toux, avez-vous commencé à rechercher des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS..... __	JOURS..... __	JOURS..... __
544a	À n'importe quel moment durant la maladie, est-ce qu'on a prélevé du sang au doigt ou au talon de (NOM) ?	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
545	(NOM) a-t-il encore la fièvre/toux, en ce moment ?	FIÈVRE SEULE.....1 TOUX SEULE.....2 FIÈVRE ET TOUX.....3 NI L'UNE, NI L'AUTRE.....4 NE SAIT PAS.....8	FIÈVRE SEULE.....1 TOUX SEULE.....2 FIÈVRE ET TOUX.....3 NI L'UNE, NI L'AUTRE.....4 NE SAIT PAS.....8	FIÈVRE SEULE.....1 TOUX SEULE.....2 FIÈVRE ET TOUX.....3 NI L'UNE, NI L'AUTRE.....4 NE SAIT PAS.....8
546	Est-ce que pendant la fièvre/toux, (NOM) a pris des médicaments pour se soigner ?	OUI.....1 NON.....2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q. 572a) ← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q. 572a) ← NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 (ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAIS. ALLER À Q. 572a) ← NE SAIT PAS.....8

547	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>Pas d'autres médicaments ?</p> <p>NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ..... H</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETAMINOPHÈNE ..... J</p> <p>IBUPROFÈNE ..... K</p> <p>PARACÉTAMOL ..... L</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ..... H</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETAMINOPHÈNE ..... J</p> <p>IBUPROFÈNE ..... K</p> <p>PARACÉTAMOL ..... L</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>INJECTION ..... H</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... I</p> <p>ACETAMINOPHÈNE ..... J</p> <p>IBUPROFÈNE ..... K</p> <p>PARACÉTAMOL ..... L</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>
548	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-G ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q. 572a</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q. 572a</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS L'AVANT DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAIS., ALLER À Q. 572a</p>
549	<p>Aviez-vous déjà (NOM DU MÉDICAMENT DE Q.547) à la maison quand l'enfant est tombé malade ?</p> <p>DEMANDER SÉPARÉMENT POUR CHAQUE MÉDICAMENT PRIS PAR L'ENFANT ET ENREGISTRÉ À Q.547 AUX CODES A-G.</p> <p>SI OUI POUR UN MÉDICAMENT, ENCERCLER SON CODE.</p> <p>SI NON POUR TOUTS LES MÉDICAMENTS, ENCERCLER 'Y'.</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENTS À LA MAISON ..... Y</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENTS À LA MAISON ..... Y</p>	<p><b>ANTIPALUDÉENS</b></p> <p>SP/FANSIDAR ..... A</p> <p>CHLOROQUINE ..... B</p> <p>AMODIAQUINE ..... C</p> <p>QUININE ..... D</p> <p>COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE ..... E</p> <p>AUTRE ANTIPALUDÉEN ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>COMPRIMÉS/SIROP ..... G</p> <p>PAS DE MÉDICAMENTS À LA MAISON ..... Y</p>
550	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>Y A-T-IL UN CODE A-F ENCERCLÉ ?</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q. 572a</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q. 572a</p>	<p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAIS., ALLER À Q. 572a</p>
551	<p>VÉRIFIER 547 :</p> <p>A-T-ON DONNÉ DU FANSIDAR (CODE 'A') ?</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554)</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554)</p>	<p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓ (PASSER À 554)</p>
552	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre du Fansidar ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3</p> <p>4 JOURS OU PLUS APRÈS DÉBUT FIÈVRE ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3</p> <p>4 JOURS OU PLUS APRÈS DÉBUT FIÈVRE ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2</p> <p>3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3</p> <p>4 JOURS OU PLUS APRÈS DÉBUT FIÈVRE ..... 4</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>

553	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris du Fansidar ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8
554	VÉRIFIEZ 547 : A-T-ON DONNÉ DE LA CHLOROQUINE (CODE 'B') ?	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 557) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 557) ←	CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 557) ←
555	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ?	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8
556	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Chloroquine ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8
557	VÉRIFIEZ 547 : A-T-ON DONNÉ DE L'AMODIAQUINE (CODE 'C') ?	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 560) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 560) ←	CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 560) ←
558	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Amodiaquine ?	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8
559	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Amodiaquine ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8
560	VÉRIFIEZ 547 : A-T-ON DONNÉ DE LA QUININE (CODE 'D') ?	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 563) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 563) ←	CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 563) ←
561	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Quinine ?	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8
562	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de la Quinine ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8
563	VÉRIFIEZ 547 : A-T-ON DONNÉ DE LA COMBINAISON À BASE D'ARTÉMISININE (CODE 'E') ?	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←	CODE 'E' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'E' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSER À 569) ←
564	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'Artémisinine ?	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8	MÊME JOUR .....0 JOUR SUIVANT .....1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE .....2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE .....3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE .....4 NE SAIT PAS.....8
565	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris de l'Artémisinine ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8	JOURS..... _  NE SAIT PAS.....8

569	VÉRIFIER 547 : A-T-ON DONNÉ UN AUTRE ANTIPALUDÉEN (CODE 'F') ?	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À Q. 572a)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À Q. 572a)	CODE 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLER À 503 DANS COL. SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À Q. 572a)
570	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un autre antipaludéen ?	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	MÊME JOUR ..... 0 JOUR SUIVANT ..... 1 2 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 2 3 JOURS APRÈS FIÈVRE ..... 3 4 JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8
571	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle pris un autre antipaludéen ? Si 7 JOURS OU PLUS, INSCRIRE 7.	JOURS .....  ___  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS .....  ___  NE SAIT PAS ..... 8	JOURS .....  ___  NE SAIT PAS ..... 8
572		ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	ALLER À 503 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573	ALLER À 503 DANS L'AVANT-DERNIÈRE COL. DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À Q.573
572a	Quels sont les moyens efficaces pour prévenir le paludisme ? INSISTER : Aucun autre moyen ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ..... A EN DORMANT SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ..... B EN PRENANT DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ..... C EN PRENANT DES COMPRIMÉS À TITRE PRÉVENTIF PENDANT LA GROSSESSE ..... D EN UTILISANT UN INSECTICIDE/ DIFFUSEURS/ CRÈMES/LOTIONS/ RÉPULSIFS ..... E	EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTIMOUSTIQUE ..... F EN ÉVITANT D'ATTRAPER FROID ..... G EN ÉVITANT L'EXPOSITION À LA LUMIÈRE DIRECTE DU SOLEIL ..... H EN NETTOYANT LES ENVIRONS ..... I ASPERSION INTRA DOMICILIAIRE ..... J AUTRE (PRÉCISER) ..... W AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS ..... Z	
572b	Quels sont, selon vous, les médicaments les plus efficaces pour traiter un cas de paludisme? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ACTIPAL ..... A LARIMAL ..... B ARTEMODI ..... C ARSUMON ..... D FALCIMON ..... E	ACT ..... F ACTM ..... G AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS ..... Z	
572c	Quelles sont les principales sources à partir desquelles vous avez reçu des informations sur les moyens de prévention et de traitement du paludisme ? INSISTER : Aucun autre moyen ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOBILISATEUR/AGENT COMMUNAUTAIRE ..... A RADIO ..... B TÉLÉ ..... C TAM TAM ..... D CHEF FOKONTANY ..... E INSTITUTION TRADITIONNELLE/RELIGIEUSE ..... F MEMBRE DE LA FAMILLE ..... G	VOISIN, AMI ..... H BANDEROLES, AFFICHES ..... I AGENT DE SANTÉ ..... J SSME ..... K FORMATION SANITAIRE/PERSONNEL DE SANTÉ ..... L AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS ..... Z	
573	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2007 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE UN OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 574) _____ (NOM)	576		
574	La dernière fois que (NOM DE 573) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait de ces excréments ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES ..... 01 JETÉ/RINCÉ DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02 JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 JETÉ AUX ORDURES ..... 04 ENTERRÉ ..... 05 LAISSÉ À L'AIR LIBRE ..... 06 AUTRE (PRÉCISER) ..... 96		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																																																																																																																											
575	VÉRIFIER 528(a) ET 528(b), TOUTES LES COLONNES :  AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE <input type="checkbox"/> SACHET SRO OU DE SACHET SRO PRÉCONDITIONNÉ  UN ENFANT A REÇU DES LIQUIDES DE <input type="checkbox"/> SACHETS SRO OU DE SACHETS SRO PRÉCONDITIONNÉS		577																																																																																																																																											
576	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO ou d'un sachet de SRO préconditionné que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée ?	OUI..... 1 NON..... 2																																																																																																																																												
577	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES COLONNES :  NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2009 OU PLUS TARD ET VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE  <input type="checkbox"/> UN OU PLUS  ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER EN POSANT 578) : _____  AUCUN <input type="checkbox"/>		601																																																																																																																																											
578	Je voudrais maintenant vous demander quels liquides et quels aliments (NOM de 577) a bus et mangés hier durant le jour ou la nuit.  Est-ce que (NOM de 577) (a bu /mangé) : - De l'eau ? - Préparation artificielle vendue en commerce pour bébé ? - Tout type de céréales pour bébé, comme Cerelac ? - Autre bouillie ou semoule ?	OUI NON NSP EAU ..... 1 2 8 PRÉPARATION ..... 1 2 8 CÉRÉALES POUR BÉBÉ ..... 1 2 8 AUTRE BOUILLIE/SEMOULE ..... 1 2 8																																																																																																																																												
579	Je voudrais maintenant vous demander quels sont les (autres) liquides ou aliments que (NOM de 577) a/vous avez consommé hier durant le jour ou la nuit, même si votre enfant a/vous avez consommé cet aliment mélangé à d'autres.  Est-ce que (NOM de 577) a/vous avez bu (mangé) : a) du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? b) du thé ou du café ? c) d'autres liquides ? d) du pain, du riz, des pâtes ou d'autres aliments à base de céréales ? e) des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ? f) des pommes de terre, ignames blanches, manioc, autres aliments préparés à base de racines ? g) des légumes à feuilles vertes ? h) des mangues ou des papayes ? i) d'autres fruits ou légumes ? j) du foie, rein, cœur ou autres abats ? k) de la viande comme du bœuf, du porc, de l'agneau, de la chèvre, du poulet ou du canard ? l) des œufs ? m) du poisson frais ou séché ou des crustacés ? n) des aliments préparés à base de haricots, de pois, de lentilles ou de noix ? o) du fromage, du yaourt ou autres produits laitiers ? p) des huiles, des graisses ou du beurre, ou des aliments préparés à partir de ces ingrédients ? q) des aliments sucrés tels que du chocolat, des sucreries, des bonbons, des gâteaux, des pâtisseries ou des biscuits ? r) d'autres aliments solides ou semi solides ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2"></th> <th colspan="3">ENFANT</th> <th colspan="3">MÈRE</th> </tr> <tr> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>a</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>b</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>c</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>d</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>e</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>f</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>g</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>h</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>i</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>j</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>k</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>l</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>m</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>n</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>o</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>p</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>q</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>r</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		ENFANT			MÈRE			OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP	a	1	2	8	1	2	8	b	1	2	8	1	2	8	c	1	2	8	1	2	8	d	1	2	8	1	2	8	e	1	2	8	1	2	8	f	1	2	8	1	2	8	g	1	2	8	1	2	8	h	1	2	8	1	2	8	i	1	2	8	1	2	8	j	1	2	8	1	2	8	k	1	2	8	1	2	8	l	1	2	8	1	2	8	m	1	2	8	1	2	8	n	1	2	8	1	2	8	o	1	2	8	1	2	8	p	1	2	8	1	2	8	q	1	2	8	1	2	8	r	1	2	8	1	2	8	
	ENFANT			MÈRE																																																																																																																																										
	OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP																																																																																																																																								
a	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
b	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
c	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
d	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
e	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
f	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
g	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
h	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
i	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
j	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
k	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
l	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
m	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
n	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
o	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
p	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
q	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
r	1	2	8	1	2	8																																																																																																																																								
580	VÉRIFIER 578 (2 DERNIÈRES CATÉGORIES : CÉRÉALES POUR BÉBÉS OU AUTRE BOUILLIE/SEMOULE)  AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>  PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/>		601																																																																																																																																											
581	Combien de fois (NOM de 577) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi-solides ou des bouillies autres que des liquides hier, durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIRE '7'.	NOMBRE DE FOIS .....  __  NE SAIT PAS ..... 8																																																																																																																																												
582	Avez-vous reçu, au cours des trois derniers mois, une quelconque information ou service de la part d'un Agent Communautaire de Santé ou d'un Volontaire ?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8																																																																																																																																												

**SECTION 6 : MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
601	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 604
602	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariés ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→ 612
603	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→ 609
604	Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
605	ENREGISTRER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE INSCRIT DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM ..... N° DE LIGNE .....	
606	Est-ce que votre (mari/partenaire) a d'autres épouses ou vit-il avec d'autres femmes comme s'il était marié ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 609
607	En tout, y compris vous-même, combien a-t-il d'épouses ou de partenaires avec qui il vit comme s'il était marié ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ .....         NE SAIT PAS ..... 98	
608	Êtes-vous la première, deuxième,...épouse ?	RANG .....	
609	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ?	SEULEMENT UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
610	VÉRIFIER 609 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME UNE SEULE FOIS</p> <p>↓</p> <p>En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</p> <p>↓</p> <p>Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez- vous commencé à vivre avec lui ?</p> </div> </div>	MOIS .....         NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE .....             NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→ 612
611	Quel âge aviez-vous quand vous avez-commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE .....	
612	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
613	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie.  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	N'A JAMAIS EU DE RAPPORT SEXUEL ..... 00 AGE EN ANNÉES .....         1 <sup>ÈRE</sup> FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (PREMIER) MARI/PARTENAIRE ..... 95	→ 629
614	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.		
615	Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?  S'IL Y A MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. S'IL Y A 12 MOIS (UN AN) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE CONVERTIE ET ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A ... JOURS ..... 1         IL Y A ... SEMAINES ..... 2         IL Y A ... MOIS ..... 3         IL Y A ... ANNÉES ..... 4	→ 627

		DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL	AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL
616	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A...JOURS..... 1  __ __  IL Y A...SEMAINES... 2  __ __  IL Y A...MOIS..... 3  __ __	IL Y A...JOURS..... 1  __ __  IL Y A...SEMAINES... 2  __ __  IL Y A...MOIS..... 3  __ __
617	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels (avec cette seconde/3 <sup>ème</sup> personne), un condom a-t-il été utilisé ?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 619) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 619) ←	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 619) ←
618	Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
619	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? Si PETIT AMI : Vivez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? Si OUI, ENCERCLER '2' Si NON, ENCERCLER '3'	MARI..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE..... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 CLIENT/PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) (PASSEZ À 622) ←	MARI..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE..... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 CLIENT/PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) (PASSEZ À 622) ←	MARI ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE..... 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE..... 4 CLIENT/PROSTITUÉE ..... 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) (PASSEZ À 622) ←
620	VÉRIFIEZ 609 :	MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (PASSER À 622) ←	MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (PASSER À 622) ←	MARIÉE UNE SEULE FOIS <input type="checkbox"/> MARIÉE PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> (PASSER À 622) ←
621	VÉRIFIEZ 613 :	1 <sup>ère</sup> fois quand elle a commencé à vivre avec 1 <sup>er</sup> mari <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (PASSER À 623)	1 <sup>ère</sup> fois quand elle a commencé à vivre avec 1 <sup>er</sup> mari <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (PASSER À 623)	1 <sup>ère</sup> fois quand elle a commencé à vivre avec 1 <sup>er</sup> mari <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (PASSER À 623)
622	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette (seconde/troisième) personne ?	IL Y A...JOURS ..... 1  __ __  IL Y A...MOIS..... 2  __ __  IL Y A...SEMAINES ..... 3  __ __  IL Y A...ANNÉES ..... 4  __ __	IL Y A...JOURS ..... 1  __ __  IL Y A...MOIS..... 2  __ __  IL Y A...SEMAINES ..... 3  __ __  IL Y A...ANNÉES ..... 4  __ __	IL Y A...JOURS ..... 1  __ __  IL Y A...MOIS..... 2  __ __  IL Y A...SEMAINES ..... 3  __ __  IL Y A...ANNÉES ..... 4  __ __
623	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? Si LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. Si LE NOMBRE EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS .....  __ __	NOMBRE DE FOIS .....  __ __	NOMBRE DE FOIS .....  __ __
624	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DU PARTENAIRE ....  __ __  NE SAIT PAS ..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE ....  __ __  NE SAIT PAS..... 98	ÂGE DU PARTENAIRE ....  __ __  NE SAIT PAS..... 98
624a	Est-ce que c'est avec cette personne que vous avez eu des rapports sexuels pour la première fois de votre vie ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI ..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
625	À part (cette personne/ces deux personnes), avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI..... 1 (RETOUR À 616 À COL. SUIVANTE) ← NON..... 2 (PASSER À 627) ←	OUI..... 1 (RETOUR À 616 À COL. SUIVANTE) ← NON..... 2 (PASSER À 627) ←	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
626	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?  SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.  SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS .....         NE SAIT PAS..... 98	
627	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE .....         NE SAIT PAS.....98	
628	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION	OUI NON ENFANTS DE MOINS DE 10 ANS ..... 1 2 HOMMES ADULTES ..... 1 2 FEMMES ADULTES ..... 1 2	
629	Connaissez-vous un endroit où une personne peut se procurer des condoms ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 631
630	Où est-ce ?  Y a-t-il un autre endroit ?  INSISTER POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE/LES CODE(S) APPROPRIÉ(S)  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE/DES ENDROIT(S))	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)..... A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I..... D <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... E CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... F PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... G MÉDECIN PRIVÉ..... H CENTRE DE PF / FISA ..... I <b>AUTRE SOURCE</b> AGENT VBC ..... J AGENT COMMUNAUTAIRE ..... K BOUTIQUE ..... L KIOSQUE ..... M ÉGLISE ..... N AMIS/PARENTS ..... O MAISON DE PASSE/HÔTEL..... P PAIR ÉDUCATEUR..... Q FIMAILO..... R AUTRE (PRÉCISER) _____ X	
631	Est-ce que vous pourriez vous procurer des condoms si vous le souhaitiez ?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8	
632	VÉRIFIER 617, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (1 <sup>ÈRE</sup> COLONNE) :  CONDOM UTILISÉ <input type="checkbox"/> CONDOM PAS UTILISÉ OU QUESTION PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 636
633	Vous m'avez dit qu'un condom avait été utilisé la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels.  Puis-je voir le paquet de condoms que vous avez utilisé à ce moment-là ?  ENREGISTRER LE NOM DE LA MARQUE SI LE PAQUET EST VU	PAQUET VU..... 1 MARQUE (PRÉCISER) .....         PAS DE PAQUET/PAS VU ..... 2	→ 636
634	Connaissez-vous la marque du condom utilisé à ce moment-là ?  ENREGISTRER LA MARQUE.	OUI MARQUE (PRÉCISER) .....         NE SAIT PAS..... 98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
635	<p>Où vous êtes-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT(S))</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) ..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE / DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF / FISA ..... 25</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>AGENT COMMUNAUTAIRE ..... 30</p> <p>AGENT VBC ..... 31</p> <p>BOUTIQUE ..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>ÉGLISE ..... 34</p> <p>AMIS / PARENTS ..... 35</p> <p>MAISON DE PASSE / HÔTEL ..... 36</p> <p>PAIR ÉDUCATEUR ..... 37</p> <p>FIMAILO ..... 38</p> <p>AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 96</p>	
636	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez utilisé une méthode (autre que le condom) pour éviter ou retarder une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 638</p>
637	<p>Quelle méthode vous ou votre partenaire avez utilisée ?</p> <p>INSISTEZ : Est-ce que vous, ou votre partenaire, avez utilisé une autre méthode pour prévenir une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>PILULE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTIONS ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>CONDOM ..... F</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... G</p> <p>DIAPHRAGME ..... H</p> <p>GELÉE/MOUSSE ..... I</p> <p>MAMA ..... J</p> <p>RETRAIT ..... K</p> <p>MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... L</p> <p>AUTRE (PRÉCISEZ) ..... X</p>	
638	<p>Quand vous avez des rapports sexuels avec une partenaire est-ce que vous exigez qu'elle ou vous fassiez quelque chose pour éviter d'attraper une maladie ?</p>	<p>OUI, TOUJOURS ..... 1</p> <p>OUI, MAIS PAS TOUJOURS ..... 2</p> <p>NON, JAMAIS ..... 3</p>	<p>→ 640</p>
639	<p>À quelle(s) méthodes exigez-vous de recourir ?</p> <p>Autre méthode ?</p>	<p>CONDOM ..... 1</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 2</p> <p>AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 6</p>	
640	<p>Quand vous avez des rapports sexuels avec une partenaire est-ce que vous exigez qu'elle ou vous fassiez quelque chose pour éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI, TOUJOURS ..... 1</p> <p>OUI, MAIS PAS TOUJOURS ..... 2</p> <p>NON, JAMAIS ..... 3</p>	<p>→ 642</p>
641	<p>À quelle(s) méthodes exigez-vous de recourir ?</p> <p>Autre méthode ?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>PILULE ..... C</p> <p>DIU ..... D</p> <p>INJECTIONS ..... E</p> <p>IMPLANTS ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>DIAPHRAGME ..... I</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... J</p> <p>MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... K</p> <p>MAMA ..... L</p> <p>ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... M</p> <p>RETRAIT ..... N</p> <p>AUTRE (PRÉCISEZ) ..... X</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
642	Avez-vous reçu des informations sur la sexualité au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 644
643	De quelle source avez-vous reçu ces informations sur la sexualité au cours des 12 derniers mois ?	RADIO/TV ..... A JOURNAUX/MAGAZINES ..... B AFFICHES ..... C INTERNET ..... D ÉCOLE ..... E AMIS/COPAINS ..... F PARENTS ..... G AGENT DE SANTÉ/FORMATION SANITAIRE ..... H AGENT VBC ..... I AGENT COMMUNAUTAIRE ..... J CAMPAGNE DE SENSIBILISATION DE MASSE ..... K AUTRE (PRÉCISEZ) ..... X NSP ..... Z	
644	VÉRIFIEZ 107 :  AGE <input type="checkbox"/> 15-34      AGE <input type="checkbox"/> 35-59		→ 701
647	VÉRIFIEZ 624a (TOUTES LES COLONNES) :  AUCUN CODE 'OUI' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON POSÉE      UN CODE 'OUI' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 652
648	Si vous le permettez, je voudrais reparler de votre premier rapport sexuel.  Quel âge avait la personne avec qui vous avez eu vos premiers rapports sexuels ?	ÂGE EN ANNÉES .....  __ __  NE SAIT PAS ..... 98	→ 652
649	La personne avec laquelle vous avez eu vos premiers rapports sexuels était-elle plus âgée que vous, plus jeune ou bien avait-elle à peu près le même âge que vous ?	PLUS ÂGÉE ..... 1 PLUS JEUNE ..... 2 MÊME ÂGE ..... 3 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	→ 651 → 652
650	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de <u>plus</u> que vous ou davantage, ou moins de dix ans de moins que vous ?	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 PLUS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ..... 3	→ 652
651	Diriez-vous que cette personne avait dix ans de <u>moins</u> que vous ou davantage, ou moins de dix ans de moins que vous ?	DIX ANS OU PLUS ..... 1 MOINS DE DIX ANS ..... 2 MOINS ÂGÉE, NSP DE COMBIEN ..... 3	
652	Au moment où vous aviez vos toutes premières relations sexuelles, quelle était votre relation avec la personne avec qui vous avez eu ces rapports sexuels ?  INSISTEZ POUR VOUS ASSURER QUE LA RÉPONSE RÉFÈRE AU TYPE DE RELATION AU MOMENT DU RAPPORT SEXUEL.  Si 'PETITE AMIE', DEMANDEZ : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?  Si 'OUI', ENCERCLEZ '2'. Si 'NON', ENCERCLEZ '3'.	PETITE AMIE VIVANT PAS AVEC ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 PROSTITUÉE/CLIENTE ..... 5 AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
653	Quelle étaient la/les motivations qui vous a/ont poussé à avoir votre premier rapport sexuel ?	RAPPORT NON CONSENTI ..... A ARGENT/FAVEUR ..... B BESOIN PHYSIOLOGIQUE ..... C CURIOSITÉ/VOULAIT AVOIR L'EXPÉRIENCE ..... D RECHERCHE D'AFFECTION ..... E CRAINTE DE PERDRE LA PARTENAIRE ..... F PRESSION DE LA FAMILLE/SATISFAIRE LA FAMILLE ..... G PRESSION DES PAIRS/SATISFAIRE LES PAIRS ..... H DÉMONSTRATION DE LA MATURITÉ ..... I AUTRE (PRÉCISEZ) ..... X NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... Z	
654	La <u>première</u> fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose pour éviter d'attraper une maladie ?  SI OUI, DEMANDEZ LA MÉTHODE.  SI NON ENCERCLEZ LE CODE '0'.	N'A/ONT RIEN FAIT ..... 0 A/ONT UTILISÉ UN CONDOM MASCULIN ..... 1 A/ONT UTILISÉ UN CONDOM FÉMININ ..... 2  AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 6 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... 8	
655	La <u>première</u> fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose pour éviter une grossesse ?  SI OUI, DEMANDEZ LA MÉTHODE.  SI NON ENCERCLEZ LE CODE '00'.	N'A/ONT RIEN FAIT ..... 00 STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... 11 MAMA ..... 12 RETRAIT ..... 14  AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 96 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... 98	

**SECTION 7 : PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER 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 <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓      ↓  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 ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE ..... 4 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE.. 5	→ 704 → 713 → 709 → 708
703	VÉRIFIER 226 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓      ↓  Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant ?	MOIS..... 1         ANNÉES..... 2         BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE..... 994 APRÈS MARIAGE..... 995 AUTRE(PRÉCISER) ..... 996 NE SAIT PAS..... 998	→ 708 → 713 → 708

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
704	VÉRIFIER 226 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	709
705	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? 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
707	VÉRIFIER 702 : VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/> NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/> 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. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode ? Y a-t-il une autre raison ? ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	NON MARIÉE ..... A <b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b> PAS DE RAPPORTS SEXUELS..... B RAP. SEXUELS PEU FREQUENTS..... C MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ..... D SOUS-FÉCONDITÉ/STÉRILITÉ..... E AMÉNORRHÉE POST-PARTUM ..... F ALLAITEMENT ..... G FATALISTE ..... H <b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b> ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ..... J AUTRES PERSONNES OPPOSÉES..... K INTERDITS RELIGIEUX..... L <b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b> NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M NE CONNAÎT AUCUNE SOURCE ..... N <b>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</b> PROBLÈMES DE SANTÉ..... O PEUR DES EFFETS SECONDAIRES..... P PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... Q TROP CHER..... R PAS PRATIQUE À UTILISER ..... S INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS... T AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS..... Z	
708	VÉRIFIER 310 : UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		713
709	Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8	711 713
710	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser ?	STÉRILISATION FÉMININE ..... 01 STÉRILISATION MASCULINE ..... 02 PILULE ..... 03 DIU ..... 04 INJECTIONS..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME ..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MÉTHODE JOURS FIXES/COLLIER ..... 11 MAMA..... 12 ABSTINENCE PÉRIODIQUE ..... 13 RETRAIT ..... 14 AUTRE (PRÉCISER) ..... 96 PAS SÛRE ..... 98	713

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À												
711	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans le futur ?	NON MARIÉE ..... 11 <b>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</b> PAS DE RAPPORTS SEXUELS/ RAPPORTS SEXUELS PEU FREQUENTS..... 22 MÉNopause/HYSTÉRECTOMIE ..... 23 SOUS-FÉCONDITÉ/STÉRILITÉ..... 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> NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... 41 NE 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 FONCTIONS NORMALES DU CORPS... 56 AUTRE (PRÉCISER) ..... 96 NE SAIT PAS..... 98	713												
712	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8													
713	VÉRIFIER 216 : A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> 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 ? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir ? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN ..... 00 NOMBRE.....         AUTRE (PRÉCISER) ..... 96	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 ?	NOMBRE (GARÇONS) .....         NOMBRE (FILLES) .....         NOMBRE (N'IMPORTE).....         AUTRE (PRÉCISER) ..... 96													
715	Au cours des derniers mois, avez-vous : - Entendu parler de la planification familiale à la radio ? - Entendu parler de la planification familiale à la télévision ? - Lu quelque chose sur la planification familiale dans des journaux ou magazines ?	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">OUI</td> <td style="text-align: right;">NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>TÉLÉVISION .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES .....</td> <td style="text-align: right;">1</td> <td style="text-align: right;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO .....	1	2	TÉLÉVISION .....	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES .....	1	2	
	OUI	NON													
RADIO .....	1	2													
TÉLÉVISION .....	1	2													
JOURNAUX OU MAGAZINES .....	1	2													
717	VÉRIFIER 601 : OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		801												
718	VÉRIFIER 311/311a : CODE B, G OU M ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> PAS DE CODE B ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		720 722												
719	Est-ce que votre mari/partenaire sait que vous utilisez une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8													
720	Diriez que l'utilisation de la contraception est principalement votre propre décision, principalement celle 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 (PRÉCISER) ..... 6													

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
721	VÉRIFIER 311/311a : NI LUI, NI ELLE, STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		801
722	Est-ce que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut-il davantage ou en veut-il moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 8 : CARACTERISTIQUES DU CONJOINT, TRAVAIL DE LA FEMME, VIE ASSOCIATIVE ET MALTRAITANCE DES ENFANTS**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
801	VÉRIFIER 601 ET 602 ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		803 808
802	Quel âge avait votre mari/partenaire à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.....	
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 1, secondaire 2 ou supérieur ? UTILISER LES CODES DANS LE TABLEAU EN BAS DE PAGE	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	806
805	Quelle est la dernière classe qu'il a achevée à ce niveau ? UTILISER LES CODES DANS LE TABLEAU EN BAS DE PAGE	CLASSE .....       NE SAIT PAS ..... 8	

**NIVEAU D'ÉDUCATION**

NIVEAU	PRIMAIRE= 1	SECONDAIRE 1 = 2	SECONDAIRE 2 = 3	SUPÉRIEUR = 4
	0 = Moins d'une année achevée			
CLASSE	T1 = 1 T2 = 2 T3 = 3 T4 = 4 T5 = 5 NSP = 8	T6 = 6 <sup>ème</sup> = 1 T7 = 5 <sup>ème</sup> = 2 T8 = 4 <sup>ème</sup> = 3 T9 = 3 <sup>ème</sup> = 4 NSP = 8	T10 = 2 <sup>nd</sup> = 1 T11 = 1 <sup>ère</sup> = 2 T12 = Terminale = 3 NSP = 8	1 <sup>ère</sup> année = 1 2 <sup>ème</sup> année = 2 3 <sup>ème</sup> année = 3 4 <sup>ème</sup> année = 4 5 <sup>ème</sup> année ou + = 5 NSP = 8

806	VÉRIFIER 801 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Quelle est l'occupation de votre mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement ? Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/partenaire ? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement ?	_____         _____ _____	
807	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous avez travaillé au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	811
808	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire, ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	811
809	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour maladie, vacances, maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	811
810	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	818

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
811	Quelle est (était) votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous (faisiez-vous) principalement ?	_____         _____ _____	
812	VÉRIFIER 811 : TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'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 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4	
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 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
817	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 EN NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4	
818	VÉRIFIER 601 : MARIÉE/VIT ACTUELLEMENT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		831
819	VÉRIFIER 817 : CODE 1 OU 2 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		822
820	Qui décide habituellement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 AUTRE (PRÉCISER) ..... 6	
821	Diriez-vous que vous gagnez plus d'argent que votre mari/partenaire, moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	823
822	Qui décide comment l'argent que votre mari/partenaire gagne va être utilisé : vous, votre mari/partenaire, ou vous et votre mari/partenaire ensemble ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 MARI/PARTENAIRE NE RAPPORTE PAS D'ARGENT ..... 4 AUTRE (PRÉCISER) ..... 6	
823	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant vos propres soins de santé : vous, votre mari/partenaire, vous et votre mari/partenaire ensemble ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE = 1                      MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE = 3                      QUELQU'UN D'AUTRE = 4 AUTRE = 6	
824	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats importants du ménage ?	1            2            3            4            6	
825	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les achats pour les besoins quotidiens du ménage ?	1            2            3            4            6	
826	Qui habituellement a le dernier mot dans les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	1            2            3            4            6	
826a	Selon vous, quel est le niveau d'études idéal qu'une femme devrait atteindre (Primaire, Secondaire 1, Secondaire 2, Supérieur) ?	PAS NÉCESSAIRE DE FAIRE DES ÉTUDES ..... 0 PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 ..... 2 SECONDAIRE 2 ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 IL N'Y A PAS DE NIVEAU IDÉAL ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																								
826b	Selon vous, quel est le niveau d'études idéal qu'un homme devrait atteindre (Primaire, Secondaire 1, Secondaire 2, Supérieur) ?	PAS NÉCESSAIRE DE FAIRE DES ÉTUDES..... 0 PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE 1..... 2 SECONDAIRE 2..... 3 SUPÉRIEUR..... 4 IL N'Y A PAS DE NIVEAU IDÉAL ..... 5 NE SAIT PAS..... 8																									
827	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRÈS/ ÉCOUTE</th> <th>PRÈS/ ÉCOUTE PAS</th> <th>PAS PRÈS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS &lt; 10 ANS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>MARI.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		PRÈS/ ÉCOUTE	PRÈS/ ÉCOUTE PAS	PAS PRÈS	ENFANTS < 10 ANS.....	1	2	8	MARI.....	1	2	8	AUTRES HOMMES.....	1	2	8	AUTRES FEMMES.....	1	2	8					
	PRÈS/ ÉCOUTE	PRÈS/ ÉCOUTE PAS	PAS PRÈS																								
ENFANTS < 10 ANS.....	1	2	8																								
MARI.....	1	2	8																								
AUTRES HOMMES.....	1	2	8																								
AUTRES FEMMES.....	1	2	8																								
827a	Quand deux personnes sont mariées ou vivent ensemble, elles partagent de bons et mauvais moments. Dans vos rapports avec votre (dernier) mari/partenaire est-ce que les faits suivants (se produisent/se produisaient) fréquemment, parfois ou jamais? - Il (passe/passait) habituellement son temps libre avec vous - Il vous (consulte/consultait) au sujet de différentes questions du ménage - Il (est/était) affectueux avec vous - Il vous (respecte/respectait) et (tient/tenait) compte de vos désirs	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Fréquem- ment</th> <th>Parfois</th> <th>Jamais</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PASSE DU TEMPS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CONSULTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>EST AFFECTUEUX.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>RESPECTUEUX.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Fréquem- ment	Parfois	Jamais	PASSE DU TEMPS.....	1	2	8	CONSULTE.....	1	2	8	EST AFFECTUEUX.....	1	2	8	RESPECTUEUX.....	1	2	8					
	Fréquem- ment	Parfois	Jamais																								
PASSE DU TEMPS.....	1	2	8																								
CONSULTE.....	1	2	8																								
EST AFFECTUEUX.....	1	2	8																								
RESPECTUEUX.....	1	2	8																								
828	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 : - Si elle sort sans le lui dire ? - Si elle ne s'occupe pas bien des enfants selon lui ? - Si elle argumente avec lui ? - Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? - Si elle brûle la nourriture ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SORTIR.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>NÉGLIGE ENFANT.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ARGUMENTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>REFUSE SEXE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>BRÛLER NOURRITURE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SORTIR.....	1	2	8	NÉGLIGE ENFANT.....	1	2	8	ARGUMENTE.....	1	2	8	REFUSE SEXE.....	1	2	8	BRÛLER NOURRITURE.....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
SORTIR.....	1	2	8																								
NÉGLIGE ENFANT.....	1	2	8																								
ARGUMENTE.....	1	2	8																								
REFUSE SEXE.....	1	2	8																								
BRÛLER NOURRITURE.....	1	2	8																								
829	Est-ce que vous participez actuellement à un programme de micro-finance ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 831																								
830	Avez-vous rencontré des problèmes pour le remboursement ?	OUI..... 1 NON..... 2																									
831	Est-ce que vous êtes un membre d'une association quelconque ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 834																								
832	Quel est votre rôle dans cette association ?	SIMPLE MEMBRE..... 1 PRÉSIDENT/VICE-PRÉSIDENT..... 2 SECRÉTAIRE..... 3 AUTRE..... 6																									
833	SVP listez-moi tous les types d'associations dont vous êtes membres	SPORTIVE/LUDIQUE (LOISIR)..... A PROFESSIONNELLE..... B CONFESSIONNELLE..... C CULTUTRELLE/ÉDUCATIVE..... D POLITIQUE/CIVIQUE..... E AUTRE (PRÉCISER)..... X																									
834	Je vais maintenant aborder avec vous un autre sujet concernant les enfants si vous le voulez bien. Vous est-il déjà arrivé de battre physiquement vos propres enfants ou les enfants qu'on vous a confiés ?	OUI, SOUVENT..... 1 OUI, RAREMENT..... 2 JAMAIS..... 3 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE..... 4	→ 836																								
835	Dans quelles circonstances battez-vous/avez-vous battu vos enfants ou ceux qui vous sont confiés ?	INDISCIPLINE..... A NON-RESPECT DES PARENTS..... B TRAVAIL L'ÉCOLE NON SATISFAISANT..... C NON CONTRIBUTION AUX TÂCHES MÉNAGÈRES..... D GAINS NON RAPPORTÉS À LA MAISON (CAS DES ENFANTS MENDIANTS/TRAVAILLEURS)..... E AUTRE (PRÉCISEZ)..... X NE SAIT PAS..... Z																									
836	À votre avis, faut-il battre physiquement un enfant dans le but de l'éduquer ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																									

**SECTION 9 : VIH/SIDA ET AUTRES IST**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
900	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LA VERSION LONGUE DU QUEST. FEMME OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1001																
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	→ 942																
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 des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
905	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
906	Est-ce qu'on peut 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	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																	
909	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : Pendant la grossesse ? Au cours de l'accouchement ? Pendant l'allaitement ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> <td>NSP</td> </tr> <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> </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																
910	VÉRIFIER 909 AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 912																
911	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																	
912	Avez-vous entendu parler de médicaments spéciaux antirétroviraux (UTILISER NOM LOCAL) que les personnes infectées par le virus du sida peuvent obtenir auprès d'un médecin ou d'une infirmière pour leur permettre de vivre plus longtemps ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
913	Quelles sont, selon vous, les conséquences du sida sur la santé ? D'autres conséquences ? ENCERCLEZ LES CODES DE TOUTES LES RÉPONSES DONNÉES	AUCUNE CONSEQUENCE ..... A PROBLEME AVEC L'APPAREIL GENITAL ..... B BAISSE DE L'IMMUNITE ..... C INCAPACITE A TOMBER ENCEINTE OU A AVOIR (UN/D'AUTRES) ENFANTS ..... D APPARITION DE MALADIES RECURRENTES ..... E DECES ..... F INFECTION DU NOUVEAU-NE ..... G AUTRE (PRÉCISEZ) ..... X NE SAIT PAS ..... Z																	
914	VÉRIFIER 208 ET 215 : DERNIÈRE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 2009 <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE OU DERNIÈRE NAISSANCE AVANT JANVIER 2009 <input type="checkbox"/>		→ 929																
915	VÉRIFIER 407 POUR DERNIÈRE NAISSANCE : A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>		→ 923																
916	VÉRIFIER S'IL Y A D'AUTRES PERSONNES AVANT DE CONTINUER. FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ																		

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																
917	Au cours de l'une de ces visites prénatales pour votre dernière naissance, 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 ?	<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>SIDA DE LA MÈRE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>CHOSSES À FAIRE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TEST DU SIDA.....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SIDA DE LA MÈRE .....	1	2	8	CHOSSES À FAIRE .....	1	2	8	TEST DU SIDA.....	1	2	8	
	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 prénatals, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du sida ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 923																
919	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 923																
920	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) ..... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ 15  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA ..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) _____ 26  AUTRE (PRÉCISER) _____ 96																	
921	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 927																
922	Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 927																
923	VÉRIFIER 436 POUR DERNIÈRE NAISSANCE :  N'IMPORTE QUEL CODE 21-36 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 929																
924	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher et le moment où l'enfant est né, vous a-t-on proposé de faire un test du virus du sida ?	OUI..... 1 NON..... 2																	
925	Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du virus du sida à ce moment-là ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 929																
926	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI..... 1 NON..... 2																	
927	Avez-vous effectué un test du virus du sida depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 930																
928	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOINS.....MOIS .....         DEUX ANS OU PLUS .....95	→ 936																
929	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	→ 934																
930	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOINS.....MOIS .....         DEUX ANS OU PLUS .....95																	
931	La dernière fois que vous avez effectué le test, avez-vous demandé vous-même à le faire, vous l'a-t-on proposé et vous avez accepté ou bien était-il obligatoire ?	TEST DEMANDÉ..... 1 TEST PROPOSÉ ET ACCEPTÉ ..... 2 TEST OBLIGATOIRE..... 3																	
932	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous reçu les résultats du test ?	OUI..... 1 NON..... 2																	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
933	Où le test a-t-il été effectué? INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)..... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14 AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ 15 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA ..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) _____ 26 AUTRE (PRÉCISER) _____ 96	→ 936
934	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se rendre pour effectuer le test du virus qui cause le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 936
935	Où est-ce ? Y a-t-il un autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II)..... A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I)..... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) _____ E <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ..... J AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) _____ K AUTRE (PRÉCISER) _____ X	
936	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	
937	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 SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
938	Si un membre de votre famille tombait malade avec le sida, seriez-vous prête à prendre soin de lui/elle dans votre propre ménage ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
939	Si une enseignante a le virus du sida mais qu'elle n'est pas malade, est-ce que, à votre avis, elle devrait être autorisée à continuer à enseigner à l'école ?	AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 1 PAS AUTORISÉE À ENSEIGNER ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
940	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants de 12-14 ans sur l'utilisation du condom pour éviter de contracter le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
941	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/CA DÉPEND ..... 8	
942	VÉRIFIER 901. A ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓      N'A PAS ENTENDU <input type="checkbox"/> PARLER DU SIDA ↓ Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?      Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
944	VÉRIFIER 618 : A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 952
944a	Avez-vous obtenu des condoms gratuitement au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE CONNAIT PAS LE CONDOM ..... 3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
945	VÉRIFIER 942 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		947
946	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	
947	Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
948	Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
949	VÉRIFIER 946, 947 ET 948 : A eu une infection (au moins un 'Oui') <input type="checkbox"/> N'a pas eu d'infection ou NSP <input type="checkbox"/>		952
950	La dernière fois que vous avez eu (PROBLÈME DÉCLARÉ À 945/946/947), avez-vous recherché un conseil ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	952
951	Où êtes-vous allée ? Pas d'autre endroit ? INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) ..... A CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... B CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... C CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... D AUTRE PUBLIC (PRÉCISER) ..... E <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... F CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... G PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CENTRE PF/FISA ..... J TOP RÉSEAU ..... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISER) ..... L <b>AUTRE SOURCE</b> AGENT VBC ..... M AGENT COMMUNAUTAIRE ..... S BOUTIQUE ..... N KIOSQUE ..... O ÉGLISE ..... P GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... Q PARENTS/AMIS ..... R AUTRE (PRÉCISER) ..... X	
952	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent des condoms quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
953	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
954	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari parce qu'elle est fatiguée ou pas d'humeur à ça ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
955	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari parce qu'elle sait qu'il a des relations sexuelles avec une femme autre que ses épouses ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
956	VÉRIFIER 601 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIVANT AVEC UN PARTENAIRE <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		1001
957	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre mari/partenaire quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND /PAS SÛRE ..... 8	
958	Pourriez-vous demander à votre mari/partenaire d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ÇA DÉPEND /PAS SÛRE ..... 8	

**SECTION 10 : AUTRES PROBLEMES DE SANTE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1001	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée tuberculose ou TB ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1005
1002	Comment la tuberculose se transmet-elle d'une personne à une autre ?  INSISTER : D'autres moyens ?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PAR L'AIR QUAND ON TOUSSE OU QUAND ON ÉTERNUE ... A EN PARTAGEANT DES USTENSILES ..... B PAR CONTACT QUAND ON TOUCHE UNE PERSONNE AVEC TB ..... C PAR LA NOURRITURE ..... D PAR CONTACT SEXUEL ..... E PAR PIQÛRE DE MOUSTIQUES ..... F AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS ..... Z	
1003	Peut-on guérir la tuberculose ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Si un membre de votre famille contractait la tuberculose, souhaiteriez-vous que cela reste secret ou non ?	OUI, RESTE SECRET ..... 1 NON ..... 2 NSP/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
1005	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?  SI OUI : Combien d'injections avez-vous eues ?  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, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS .....  __ __  AUCUNE ..... 00	→ 1008
1006	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou par 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, INSISTER POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS .....  __ __  AUCUNE ..... 00	→ 1008
1007	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un agent de santé, où êtes-vous allée pour avoir l'injection ?  INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'HÔPITAL, LE CENTRE DE SANTÉ, LE CENTRE DE CDV OU LA CLINIQUE EST UN ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER II (CHD II) ..... 11 CENTRE HOSPITALIER I (CHD I) ..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE BASE II ..... 13 CENTRE DE SANTÉ DE BASE I ..... 14 AUTRE PUBLIC (PRÉCISEZ) ..... 16 <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVE</b> HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE PF/FISA ..... 25 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ (PRÉCISEZ) ..... 26 <b>AUTRE SOURCE</b> À DOMICILE ..... 31 AUTRE (PRÉCISEZ) ..... 96	
1007a	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée par un prestataire de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1008	Fumez-vous actuellement des cigarettes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1010
1009	Au cours des dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées ?	NOMBRE DE CIGARETTES .....  __ __	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																											
1010	Actuellement, est-ce que vous fumez ou est-ce que vous utilisez un autre type de tabac ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012																											
1011	Quel (autre) type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous actuellement ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	PIPE ..... A TABAC À MÂCHER ..... B TABAC À PRISER ..... C AUTRE (PRÉCISER) ..... X																												
1012	Il peut arriver que pour différentes raisons, les femmes ne puissent pas obtenir un avis médical ou se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que les raisons suivantes constituent pour vous un problème important ou non ? - Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? - Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou traitement ? - La distance pour atteindre l'établissement de santé ? - Devoir prendre un transport ? - Ne pas vouloir y aller seule ? - Inquiète qu'il n'y ait pas de personnel de santé féminin ? - Inquiète qu'il n'y ait pas de personnel de santé ? - Inquiète qu'il n'y ait pas de médicaments disponibles ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>PERMISSION D'ALLER.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>OBTENIR ARGENT.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PRENDRE TRANSPORT.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SEXE FÉMININ.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PERSONNEL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE MÉDICAMENTS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT	PERMISSION D'ALLER.....	1	2	OBTENIR ARGENT.....	1	2	DISTANCE.....	1	2	PRENDRE TRANSPORT.....	1	2	ALLER SEULE.....	1	2	SEXE FÉMININ.....	1	2	PAS DE PERSONNEL.....	1	2	PAS DE MÉDICAMENTS.....	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS PROBLÈME IMPORTANT																												
PERMISSION D'ALLER.....	1	2																												
OBTENIR ARGENT.....	1	2																												
DISTANCE.....	1	2																												
PRENDRE TRANSPORT.....	1	2																												
ALLER SEULE.....	1	2																												
SEXE FÉMININ.....	1	2																												
PAS DE PERSONNEL.....	1	2																												
PAS DE MÉDICAMENTS.....	1	2																												
1013	Est-ce que vous consommez de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NON, EX-BUVEUR (N'A PLUS BU DEPUIS 6 MOIS OU PLUS) ..... 3	→ 1017																											
1014	Quel âge aviez-vous quand vous avez consommé de l'alcool pour la première fois en dehors de quelques petites gorgées ?	N'A JAMAIS CONSOMMÉ DE L'ALCOOL EN DEHORS DE QUELQUES PETITES GORGÉES ..... 00 ÂGE .....       NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... 98																												
1015	Combien de fois en moyenne par jour/semaine/mois avez-vous consommé de l'alcool au cours des six derniers mois ?	N'A PAS BU DEPUIS 6 MOIS (EX-BUVEUR) ..... 0 JOURNALIÈREMENT ..... 1 1 FOIS PAR SEMAINE OU MOINS..... 2 2-3 JOURS PAR SEMAINE ..... 3 2-3 FOIS PAR MOIS ..... 4 NE SAIT PAS..... 8	→ 1017																											
1016	Au cours des 30 derniers jours combien de fois avez-vous consommé de l'alcool au point d'être ivre ? INSCRIRE '00' SI N'A PAS ÉTÉ IVRE PENDANT LES 30 DERNIERS JOURS.	NOMBRE DE FOIS .....       NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... 98																												
1017	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1101a																											
1018	Par quel type d'assurance êtes-vous couverte ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ASSURANCE MUTUELLE/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE..... D AUTRE (PRÉCISER) ..... X																												

**SECTION 11 : MORTALITE MATERNELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1101a	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique. Est-ce que votre mère a donné naissance à des enfants, en plus de vous-même ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 1101h
1101b	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS.....	
1101c	En dehors de vous, combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES.....	
1101d	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS .....	
1101e	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES .....	
1101f	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 1101h

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1101g	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eus dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés ?	AUTRES ENFANTS .....	
1101h	ADDITIONNER LES RÉPONSES À 1101B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL .....	
1101i	VÉRIFIER 1101H :  JUSTE POUR ÊTRE SÛRE QUE J'AI BIEN COMPRIS, Y COMPRIS VOUS-MÊME, VOTRE MÈRE A DONNÉ NAISSANCE À _____ ENFANTS EN TOUT. EST-CE BIEN EXACT ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 1101A - 1101H COMME IL SE DOIT.		
1102	VÉRIFIER 1101H :  DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> → UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/> → 1114		
1103	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES.....	

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

1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
1105	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FÉM. .... 2					
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [2] ↓	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [3] ↓	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [4] ↓	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [5] ↓	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [6] ↓	OUI. .... 1 NON. .... 2 (1108) ← NSP ..... 8 ALLER À [7] ↓
1107	Quel âge a (NOM) ?	 ALLER À [2]	 ALLER À [3]	 ALLER À [4]	 ALLER À [5]	 ALLER À [6]	 ALLER À [7]
1108	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?						
1109	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTER :  Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'.  SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.  PAR EXEMPLE : Est-ce que (NOM) est mort(e) avant de se marier ?	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [2]	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [3]	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [4]	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [5]	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [6]	  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [7]
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI. .... 1 (1113) ← NON. .... 2					
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI. .... 1 (1113) ← NON. .... 2					
1112	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI. .... 1 NON. .... 2					
1113	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	 ALLER À [2]	 ALLER À [3]	 ALLER À [4]	 ALLER À [5]	 ALLER À [6]	 ALLER À [7]

SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1114

1104	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le/la plus âgé(e) (ou suivant) ?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
1105	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC..... 1 FÉM..... 2	MASC..... 1 FÉM..... 2	MASC..... 1 FÉM..... 2	MASC..... 1 FÉM..... 2	MASC..... 1 FÉM..... 2	MASC..... 1 FÉM..... 2
1106	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [8] ↓	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [9] ↓	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [10] ↓	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [11] ↓	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [12] ↓	OUI..... 1 NON..... 2 (1108) ← NSP..... 8 ALLER À [13] ↓
1107	Quel âge a (NOM) ?	_____ ALLER À [8]	_____ ALLER À [9]	_____ ALLER À [10]	_____ ALLER À [11]	_____ ALLER À [12]	_____ ALLER À [13]
1108	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ?	_____	_____	_____	_____	_____	_____
1109	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que (NOM) est mort(e) avant l'âge de douze ans ?  SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que (NOM) est mort(e) avant de se marier ?	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	_____  SI HOMME OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
1110	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2
1111	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement ?	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2	OUI..... 1 (1113) ← NON..... 2
1112	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement ?	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2	OUI..... 1 NON..... 2
1113	À combien d'enfants vivants (NOM) a-t-elle donné naissance au cours de sa vie ?	_____ ALLER À [8]	_____ ALLER À [9]	_____ ALLER À [10]	_____ ALLER À [11]	_____ ALLER À [12]	_____ ALLER À [13]

**SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SŒUR, ALLER À 1201.**

**SECTION 12 : FISTULE OBSTÉTRICALE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À
1200	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE : MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ET LA VERSION LONGUE DU QUEST. FEMME  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1351
1201	Les femmes peuvent parfois avoir, en permanence, le jour et la nuit, un problème de pertes urinaires ou fécales par le vagin. Ce problème survient généralement à la suite d'un accouchement difficile, mais il peut aussi se produire après une agression sexuelle ou après une opération du pelvis.  Avez-vous déjà entendu parler de ce problème (maladie de l'urine/[NOM LOCAL DE LA MALADIE]) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1211
1202	Quelles sont selon vous les principales manifestations de cette maladie/[NOM DE LA MALADIE] ?  AUTRE CHOSE ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ..... A PERTE INVOLONTAIRE DES SELLES ..... B PERTE INVOLONTAIRE DES URINES ET DES SELLES ..... C CONSTAMMENT MOUILLEE ..... D ODEURS NAUSEABONDES ..... E INFIRMITE LOCOMOTRICE RELATIVE ..... F AMAIGRISSEMENT CONTINU ..... G AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS ..... Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER À																																																
1203	Quelles sont selon vous, les causes de cette maladie/[Nom de la maladie] ? AUTRE CHOSE ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	TROP JEUNE POUR ACCOUCHER .....A TROP VIEILLE POUR ACCOUCHER.....B TROP MAIGRE POUR SUPPORTER UNE GROSSESSE ..... C TROP D'ACCOUchemENTS SUCCESSIFS ..... D MALADIES FRÉQUENTES DURANT LA GROSSESSE.....E ACCOUchement D'UN GROS BÉBÉ ..... F ACCOUchement SANS ASSISTANCE MÉDICALE..... G VOLONTÉ DE DIEU..... H SORCELLERIE OU ENVOUTEMENT MYSTIQUE.....I MAUVAIS SORT ..... J AUTRE (PRÉCISER) ..... X NE SAIT PAS .....Z																																																	
1204	Selon vous, est-ce qu'on peut soigner cette maladie/[NOM DE LA MALADIE] et en guérir ?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																																	
1205	Selon vous, est-ce qu'on peut prévenir cette maladie/[NOM DE LA MALADIE] ?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																																																	
1206	Selon vous, est-ce qu'on peut prévenir cette maladie/[NOM DE LA MALADIE] en adoptant les comportements suivants :	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Oui</th> <th>Non</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) En évitant les mariages précoces</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) En évitant les grossesses précoces</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) En évitant les grossesses trop nombreuses</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) En évitant les grossesses trop rapprochées</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) En faisant des consultations prénatales dans un établissement de santé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) En accouchant dans un établissement de santé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) En accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) En faisant des consultations postnatales</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i) En utilisant les méthodes de planification familiale</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>k) En évitant de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.)</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>l) En évitant de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		Oui	Non	NSP	a) En évitant les mariages précoces	1	2	8	b) En évitant les grossesses précoces	1	2	8	c) En évitant les grossesses trop nombreuses	1	2	8	d) En évitant les grossesses trop rapprochées	1	2	8	e) En faisant des consultations prénatales dans un établissement de santé	1	2	8	f) En accouchant dans un établissement de santé	1	2	8	g) En accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé	1	2	8	h) En faisant des consultations postnatales	1	2	8	i) En utilisant les méthodes de planification familiale	1	2	8	k) En évitant de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.)	1	2	8	l) En évitant de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles	1	2	8	
	Oui	Non	NSP																																																
a) En évitant les mariages précoces	1	2	8																																																
b) En évitant les grossesses précoces	1	2	8																																																
c) En évitant les grossesses trop nombreuses	1	2	8																																																
d) En évitant les grossesses trop rapprochées	1	2	8																																																
e) En faisant des consultations prénatales dans un établissement de santé	1	2	8																																																
f) En accouchant dans un établissement de santé	1	2	8																																																
g) En accouchant avec l'assistance d'un personnel de santé	1	2	8																																																
h) En faisant des consultations postnatales	1	2	8																																																
i) En utilisant les méthodes de planification familiale	1	2	8																																																
k) En évitant de faire des travaux ménagers très durs (corvée d'eau, de bois, etc.)	1	2	8																																																
l) En évitant de prendre des potions médicamenteuses traditionnelles	1	2	8																																																
1207	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'attitude que devrait avoir, selon vous, certaines personnes envers une femme qui a cette maladie/[NOM DE LA MALADIE]. Selon vous, quelle devrait être l'attitude de son époux ?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>EPOUX /PARTE -NAIRE</th> <th>EN-FANTS</th> <th>AUTRES MEMBRES FAMILLE</th> <th>COMMU -NAUTÉ</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>COMPASSION.....</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>APPUI .....</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>B</td> <td>B</td> </tr> <tr> <td>INDIFFÉRENCE .....</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> <td>C</td> </tr> <tr> <td>REJET .....</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>D</td> <td>D</td> </tr> <tr> <td>DIVORCE .....</td> <td>E</td> <td>E</td> <td>E</td> <td>E</td> </tr> <tr> <td>AUTRE .....</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td>Z</td> <td>Z</td> <td>Z</td> <td>Z</td> </tr> </tbody> </table>		EPOUX /PARTE -NAIRE	EN-FANTS	AUTRES MEMBRES FAMILLE	COMMU -NAUTÉ	COMPASSION.....	A	A	A	A	APPUI .....	B	B	B	B	INDIFFÉRENCE .....	C	C	C	C	REJET .....	D	D	D	D	DIVORCE .....	E	E	E	E	AUTRE .....	X	X	X	X	NE SAIT PAS .....	Z	Z	Z	Z									
	EPOUX /PARTE -NAIRE	EN-FANTS	AUTRES MEMBRES FAMILLE	COMMU -NAUTÉ																																															
COMPASSION.....	A	A	A	A																																															
APPUI .....	B	B	B	B																																															
INDIFFÉRENCE .....	C	C	C	C																																															
REJET .....	D	D	D	D																																															
DIVORCE .....	E	E	E	E																																															
AUTRE .....	X	X	X	X																																															
NE SAIT PAS .....	Z	Z	Z	Z																																															
1208	Avez-vous déjà eu, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI .....1 NON.....2																																																	
1209	Connaissez-vous (des/d'autres) femmes qui souffrent ou qui ont souffert de cette maladie ?	OUI ..... 1 NON.....2	→ 1301																																																
1210	Combien de femmes ? INSISTER POUR AVOIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE DE FEMMES.....           NE PEUT DÉTERMINER LE NOMBRE ..... 998																																																	

**SECTION 13 : VIOLENCES FAITES AUX FEMMES**

**CETTE SECTION DOIT ÊTRE ADMINISTRÉE EN TOUTE CONFIDENTIALITÉ. ASSUREZ-VOUS QUE PERSONNE NE PUISSE ENTENDRE VOTRE DISCUSSION.**

Nous allons maintenant discuter de questions sur les bons et mauvais moments que deux personnes qui sont mariées ou vivent ensemble peuvent avoir et sur les questions en rapport avec les violences que certaines personnes font subir à d'autres.

Je vous rappelle que les informations que vous nous fournirez sont strictement confidentielles et ne seront transmises à personne, mis à part l'équipe d'enquête. Je vous rappelle également que votre participation à cette enquête est volontaire et s'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne souhaitez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Vous pouvez aussi interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Nous espérons cependant que vous accepterez de répondre à toutes les questions car votre opinion est particulièrement importante pour nous.

Avez-vous des questions à me poser ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

Signature de l'enquêtrice \_\_\_\_\_ Date (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

L'enquêtée accepte de répondre..... 1 (continuer)

L'enquêtée refuse de répondre.... 2 (Fin de l'interview)

**VIOLENCES PHYSIQUES (TABLEAU A ADMINISTRER COLONNE PAR COLONNE)**

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1301	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que quelqu'un vous fasse subir les actes suivants?			
a.	Vous donne des coups de pied ou vous frappe à coups de poing ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
b.	Vous gifle ou vous torde le bras ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
c.	Vous traîne à terre ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
d.	Vous bouscule, vous secoue, ou jette quelque chose contre vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
e.	Essaye de vous étrangler ou de vous brûler ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
f.	Vous menace avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
g.	Vous attaque avec un couteau, un pistolet ou un autre type d'arme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
h.	Vous crache dessus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
n.	VERIFIER LIGNE 'a' A 'h'. A subi une violence physique au cours de la période ?  SI UN CODE '1' EST ENCERCLE, INSCRIRE '1'.  SINON, SI UN CODE '3' EST ENCERCLE, INSCRIRE '3'. SINON INSCRIRE '2'	OUI ..... 1 NON ..... 2  (1315) ←   NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2  (1315.) ←   NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2  (1315) ←   NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .... 3

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1302	Combien de fois avez-vous subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois ?  INSISTER POUR AVOIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE DE FOIS ..... _ _ _ _  995 ET PLUS ..... 995 NSP..... 998		
1303	Citez- moi, s'il vous plaît, toutes les personnes qui vous ont fait subir ces actes de violence .  VOIR LISTE DES CODES DES AUTEUR(E)S CI-DESSOUS	AUTEUR(E) 1..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 2..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 3..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 4..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 5..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 6..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 7..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 8..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 9..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 10..... _ _ _ _	AUTEUR(E) 1 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 2 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 3 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 4 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 5 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 6 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 7 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 8 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 9 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 10 ..... _ _ _ _	AUTEUR(E) 1 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 2 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 3 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 4 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 5 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 6 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 7 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 8 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 9 ..... _ _ _ _  AUTEUR(E) 10 ..... _ _ _ _

**CODES DES AUTEUR(E)S ET DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE**

CONJOINT ACTUEL .....	11	AUTRE PARENT (FÉM.) .....	20	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (MASC.) .....	29
EX-CONJOINT .....	12	AUTRE PARENT (MASC.) .....	21	ENSEIGNANT (FÉM.) .....	30
PARTENAIRE EXTRACONJUGAL .....	13	BELLE-MÈRE .....	22	ENSEIGNANT (MASC.) .....	31
MÈRE .....	14	BEAU-PÈRE .....	23	VOISINE (FÉM.) .....	32
PÈRE .....	15	BELLE-SŒUR .....	24	VOISIN (MASC.) .....	33
FILLE .....	16	BEAU-FRÈRE .....	25	INCONNUE (FÉM.) .....	34
FILS .....	17	COLLÈGUE (FÉM.) .....	26	INCONNU (MASC.) .....	35
SŒUR .....	18	COLLÈGUE (MASC.) .....	27	AUTRE (FÉM.) .....	96
FRÈRE .....	19	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (FÉM.) .....	28	AUTRE (MASC.) .....	97

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1304	Quelle est la personne qui vous a fait le plus souvent ces actes de violence ?  VOIR LISTE DES CODES DES AUTEUR(E)S CI-DESSUS	_ _ _	_ _ _	_ _ _
1305	Est-ce qu'il/elle buvait de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP..... 8 PASSER À 1307 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8 PASSER À 1307 ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP ..... 8 PASSER À 1307 ←
1306	Est-ce qu'il lui arrive (est arrivé) d'être ivre très souvent, seulement quelquefois ou jamais ?	TRÈS SOUVENT ..... 1 QUELQUES FOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3	TRÈS SOUVENT ..... 1 QUELQUES FOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3	TRÈS SOUVENT ..... 1 QUELQUES FOIS ..... 2 JAMAIS ..... 3
1307	Quelle(s) étai(en)t la/les principale(s) raison(s) pour laquelle/lesquelles vous pensez que vous avez subi ces actes de violence (3 max) ?	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____	1. _____ 2. _____ 3. _____
1308	Est-ce que suite à cet/ces acte(s) que vous avez subis, vous avez eu des hématomes ou des meurtrissures, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, CHAQUE FOIS..... 1 OUI, POUR CERTAINES CAS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... 8	OUI, CHAQUE FOIS .....1 OUI, POUR CERTAINES CAS .....2 NON, JAMAIS.....3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS .....8	OUI, CHAQUE FOIS .....1 OUI, POUR CERTAINES CAS .....2 NON, JAMAIS .....3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS .....8
1309	Est-ce que suite à ce(s) acte(s) que vous avez subi(s), vous avez eu une blessure, une fracture ou une entorse, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, CHAQUE FOIS..... 1 OUI, POUR CERTAINES CAS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS..... 8	OUI, CHAQUE FOIS .....1 OUI, POUR CERTAINES CAS .....2 NON, JAMAIS.....3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS .....8	OUI, CHAQUE FOIS .....1 OUI, POUR CERTAINES CAS .....2 NON, JAMAIS .....3 NSP/NE SE SOUVIENT PAS .....8

1310	Suite à cet/ces acte(s) de violence que vous avez subis, avez-vous essayé d'obtenir de l'aide, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 (PASSER À 1313) ← PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE .... 4	OUI, TOUJOURS .....1 OUI, DES FOIS.....2 NON, JAMAIS .....3 (PASSER À 1313) ← PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ....4	OUI, TOUJOURS ..... 1 OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 (PASSER À 1313) ← PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE .... 4
		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1311	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?	FAMILLE .....A BELLE-FAMILLE .....B MARI/PARTENAIRE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D AMI(E)S .....E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE ..... H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL .....K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR ..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG .....P AUTRE .....X (PRECISER)	FAMILLE .....A BELLE-FAMILLE .....B MARI/PARTENAIRE .....C EX-MARI/PARTENAIRE .....D AMI(E)S .....E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE .....H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL .....K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR .....N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG .....P AUTRE .....X (PRECISER)	FAMILLE ..... A BELLE-FAMILLE ..... B MARI/PARTENAIRE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D AMI(E)S ..... E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE ..... H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL ..... K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR ..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG ..... P AUTRE ..... X (PRECISER)
1312	Quelle étaient la/les suites de votre recherche d'aide ?	ON NE L'A PAS CRU .....A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE .....B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE .....E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE .....X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU .....A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE .....B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR .....C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE .....D REGLEMENT DE COMPTE .....E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE .....X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)
1313	VERIFIER 1310 : RECHERCHE D'ASSISTANCE	OUI, TOUJOURS..... 1 (PASSER À 1315) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE .... 4 (PASSER À 1315) ←	OUI, TOUJOURS .....1 (PASSER À 1315) ← OUI, DES FOIS.....2 NON, JAMAIS .....3 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE ....4 (PASSER À 1315) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER À 1315) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE .... 4 (PASSER À 1315) ←
1314	Quelle est/sont la/les raisons pour laquelle/lesquelles vous n'aviez pas recherché de l'aide suite aux/certains des actes de violence que vous avez subis ?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER .....A INUTILE/PAS BESOIN .....B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION ..E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE .....X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER .....A INUTILE/PAS BESOIN .....B FAIT PARTIE DE LA VIE .....C EX-MARI/PARTENAIRE .....D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION ..E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE .....H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE .....X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN ..... B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION .. E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE ..... X (PRECISER)

1315	Est-ce qu'il vous est arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre pour agresser physiquement quelqu'un ?	OUI .....1 NON .....2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE ..3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ....8 (1301_02a)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .. 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8 (1301_03a)	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS RÉPONDRE .. 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8 (1326)	
		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans	
1316	Qui étai(en)t les personnes que vous avez giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour agresser physiquement ? VOIR LISTE DES CODES CI-DESSOUS	SURVIVANT(E) 1 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 2 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 3 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 4 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 5 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 6 ..... _ _ _	SURVIVANT(E) 1 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 2 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 3 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 4 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 5 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 6 ..... _ _ _	SURVIVANT(E) 1 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 2 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 3 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 4 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 5 ..... _ _ _  SURVIVANT(E) 6 ..... _ _ _	
<b>CODES DES AUTEUR(E)S ET DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE</b>					
CONJOINT ACTUEL .....	11	AUTRE PARENT (FÉM.) .....	20	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (MASC.) .....	29
EX-CONJOINT .....	12	AUTRE PARENT (MASC.) .....	21	ENSEIGNANT (FÉM.) .....	30
PARTENAIRE EXTRACONJUGAL .....	13	BELLE-MÈRE .....	22	ENSEIGNANT (MASC.) .....	31
MÈRE .....	14	BEAU-PÈRE .....	23	VOISINE (FÉM.) .....	32
PÈRE .....	15	BELLE-SŒUR .....	24	VOISIN (MASC.) .....	33
FILLE .....	16	BEAU-FRÈRE .....	25	INCONNUE (FÉM.) .....	34
FILS .....	17	COLLÈGUE (FÉM.) .....	26	INCONNU (MASC.) .....	35
SŒUR .....	18	COLLÈGUE (MASC.) .....	27	AUTRE (FÉM.) .....	96
FRÈRE .....	19	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (FÉM.) .....	28	AUTRE (MASC.) .....	97
1317	Est-ce votre acte était en réponse à un acte commis par cette (ces) personnes ?	OUI À CHAQUE FOIS ..... 1 OUI POUR CERTAINS CAS ..... 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	OUI À CHAQUE FOIS ..... 1 OUI POUR CERTAINS CAS ..... 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	OUI À CHAQUE FOIS ..... 1 OUI POUR CERTAINS CAS ..... 2 NON ..... 3 NSP ..... 8	
1318	Quel(s) acte(s) avait commis la/les personne(s) que vous battues ?	1. _____ 2. _____ 3. _____ (1301_02a)	1. _____ 2. _____ 3. _____ (1301_03a)	1. _____ 2. _____ 3. _____	
1319	Est-ce qu'il est déjà arrivé que quelqu'un vous batte, gifle, donne des coups de pied ou fasse quelque chose pour vous agresser physiquement pendant une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST JAMAIS TOMBÉE ENCEINTE ..... 3 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST JAMAIS TOMBÉE ENCEINTE ..... 3 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 N'EST JAMAIS TOMBÉE ENCEINTE ..... 3 NSP/ NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	
1320	En quel mois et en quelle année, cela s'était-il produit pour la dernière fois ? SI MOIS INCONNU, INSCRIRE 98. SI ANNEE INCONNUE, INSCRIRE 9998	MOIS ..... _ _ _  ANNÉE ..... _ _ _	MOIS ..... _ _ _  ANNÉE ..... _ _ _	MOIS ..... _ _ _  ANNÉE ..... _ _ _	
1321	Qui étai(en)t la/les personne(s) qui vous a(ont) agressée physiquement au cours de cette grossesse ? VOIR LISTE DES CODES DES AUTEUR(E)S CI-DESSUS	AUTEUR(E) 1 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 2 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 3 ..... _ _ _	AUTEUR(E) 1 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 2 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 3 ..... _ _ _	AUTEUR(E) 1 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 2 ..... _ _ _  AUTEUR(E) 3 ..... _ _ _	
1322	De combien de mois étiez-vous enceinte quand ça s'est produit au cours de cette grossesse ?	NOMBRE MOIS ..... _ _ _  NSP/NE SE SOUVIENT PLUS ..... 99	NOMBRE MOIS ..... _ _ _  NSP/NE SE SOUVIENT PLUS ..... 99	NOMBRE MOIS ..... _ _ _  NSP/NE SE SOUVIENT PLUS ..... 99	
1323	Quelles sont/étaient les conséquences sur votre corps et sur votre grossesse suite à ces actes de violence ? ENCADRER TOUTES LES REPONSES CITEES	AUCUNE CONSÉQUENCE ..... A BLESSURE PHYSIQUE DE L'ENQUÊTÉE ..... B GROSSESSE DOULOUREUSE ..... C ACCOUCHEMENT DIFFICILE ..... D ACCOUCHEMENT RETARDÉ ..... E AVORTEMENT/MORTINAISSANCE ..... F MALFORMATION DU BÉBÉ ..... G NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... Z	AUCUNE CONSÉQUENCE ..... A BLESSURE PHYSIQUE DE L'ENQUÊTÉE ..... B GROSSESSE DOULOUREUSE ..... C ACCOUCHEMENT DIFFICILE ..... D ACCOUCHEMENT RETARDÉ ..... E AVORTEMENT/MORTINAISSANCE ..... F MALFORMATION DU BÉBÉ ..... G NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... Z	AUCUNE CONSÉQUENCE ..... A BLESSURE PHYSIQUE DE L'ENQUÊTÉE ..... B GROSSESSE DOULOUREUSE ..... C ACCOUCHEMENT DIFFICILE ..... D ACCOUCHEMENT RETARDÉ ..... E AVORTEMENT/MORTINAISSANCE ..... F MALFORMATION DU BÉBÉ ..... G NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... Z	
1324	VERIFIER 1303a, 1303b, 1303c et 1321 : AUTEUR(S) DES VIOLENCES PHYSIQUES CODE '11' OU '12' ENCERCLE <input type="checkbox"/> AUCUN CODE '11' OU '12' N'EST ENCERCLE <input type="checkbox"/>	→ 1326			
1325	Vous m'avez dit que votre (dernier) mari/partenaire vous a fait subir des actes de violence, combien de temps après (votre mariage/union/avoir commencé à être) avec votre (dernier) mari/partenaire/ (le ou les acte(s) de violence se sont produits pour la première fois ?	NOMBRE D'ANNÉES AVANT MARIAGE/UNION ..... _ _ _  DURANT LE MARIAGE/UNION ..... 90 APRÈS LA SÉPARATION/DIVORCE ..... 91 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 98	NOMBRE D'ANNÉES AVANT MARIAGE/UNION ..... _ _ _  DURANT LE MARIAGE/UNION ..... 90 APRÈS LA SÉPARATION/DIVORCE ..... 91 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 98	NOMBRE D'ANNÉES AVANT MARIAGE/UNION ..... _ _ _  DURANT LE MARIAGE/UNION ..... 90 APRÈS LA SÉPARATION/DIVORCE ..... 91 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 98	
1326	Autant que vous le sachiez, est-ce qu'il est arrivé que votre père batte votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NSP/NE SE SOUVIENT PAS ..... 8	

**VIOLENCES SEXUELLES (TABLEAU A ADMINISTRER COLONNE PAR COLONNE)**

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1327	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que quelqu'un vous fasse subir les actes suivants?			
a.	Vous force à avoir des rapports sexuels même quand vous ne le vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
b.	Vous force à pratiquer d'autres types d'actes sexuels que vous ne vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
c.	Vous touchez les parties intimes alors vous ne vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
d.	Vous force à avoir des rapports sexuels avec une/d'autre personne contre de l'argent ou d'autres faveurs alors vous ne vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
e.	Insiste souvent pour que vous soyez sa petite amie ou son épouse ou que vous ayez des relations sexuelles alors que vous ne vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
f.	Vous force à vivre ensemble ou à vous marier à quelqu'un alors que vous ne le vouliez pas?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
n.	VERIFIER LIGNE 'a' A 'f'. A subi une violence sexuelle au cours de la période ?  SI UN CODE '1' EST ENCERCLE, INSCRIRE '1'.  SINON, SI UN CODE '3' EST ENCERCLE, INSCRIRE '3'. SINON INSCRIRE '2'	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1327_02a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1327_03a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1335) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ..... 3

1328	Combien de fois avez-vous subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois ?  INSISTER POUR AVOIR UNE REponse NUMERIQUE	NOMBRE DE FOIS .....           998 ET PLUS ..... 995 NSP ..... 998		
------	---	--	--	--

1329	Citez- moi, s'il vous plait, toutes les personnes qui vous ont fait subir ces actes de violence ?  VOIR LISTE DES CODES AUTEUR(E) EN BAS DE PAGE	AUTEUR 1 .....           AUTEUR 2 .....           AUTEUR 3 .....           AUTEUR 4 .....           AUTEUR 5 .....           AUTEUR 6 .....	AUTEUR 1 .....           AUTEUR 2 .....           AUTEUR 3 .....           AUTEUR 4 .....           AUTEUR 5 .....           AUTEUR 6 .....	AUTEUR 1 .....           AUTEUR 2 .....           AUTEUR 3 .....           AUTEUR 4 .....           AUTEUR 5 .....           AUTEUR 6 .....
------	--	--	--	--

**CODES DES AUTEUR(E)S ET DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE**

CONJOINT ACTUEL ..... 11	AUTRE PARENT (FÉM.) ..... 20	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (MASC.) ..... 29
EX-CONJOINT ..... 12	AUTRE PARENT (MASC.) ..... 21	ENSEIGNANT (FÉM.) ..... 30
PARTENAIRE EXTRACONJUGAL ..... 13	BELLE-MÈRE ..... 22	ENSEIGNANT (MASC.) ..... 31
MÈRE ..... 14	BEAU-PÈRE ..... 23	VOISINE (FÉM.) ..... 32
PÈRE ..... 15	BELLE-SŒUR ..... 24	VOISIN (MASC.) ..... 33
FILLE ..... 16	BEAU-FRÈRE ..... 25	INCONNUE (FÉM.) ..... 34
FILS ..... 17	COLLÈGUE (FÉM.) ..... 26	INCONNU (MASC.) ..... 35
SŒUR ..... 18	COLLÈGUE (MASC.) ..... 27	AUTRE (FÉM.) ..... 96
FRÈRE ..... 19	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (FÉM.) ..... 28	AUTRE (MASC.) ..... 97

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1330	Suite à cet/ces acte(s) de violence que vous avez subis, avez-vous essayé d'obtenir de l'aide, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 (PASSER A 1333) ← PREFERE NE PAS REpondre ..... 4	OUI, TOUJOURS ..... 1 OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 (PASSER A 1333) ← PREFERE NE PAS REpondre ..... 4	OUI, TOUJOURS ..... 1 OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 (PASSER A 1333) ← PREFERE NE PAS REpondre ..... 4
1331	Après de qui avez-vous recherché de l'aide ?	FAMILLE ..... A BELLE-FAMILLE ..... B MARI/PARTENAIRE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D AMI(E)S ..... E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE ..... H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL ..... K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR ..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG ..... P AUTRE ..... X (PRECISER)	FAMILLE ..... A BELLE-FAMILLE ..... B MARI/PARTENAIRE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D AMI(E)S ..... E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE ..... H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL ..... K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR ..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG ..... P AUTRE ..... X (PRECISER)	FAMILLE ..... A BELLE-FAMILLE ..... B MARI/PARTENAIRE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D AMI(E)S ..... E VOISINS ..... F CECJ ..... G CLINIQUE JURIDIQUE ..... H CHEF RELIGIEUX ..... I CHEF FOKONTANY ..... J PERSONNEL MEDICAL ..... K TRIBUNAL/AVOCAT ..... L POLICE/GENDARMERIE ..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR ..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR ..... O ASSOCIATION/ONG ..... P AUTRE ..... X (PRECISER)
1332	Quelle étaient la/les suites de votre recherche d'aide ?	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)
1333	VERIFIER 1330 : RECHERCHE D'ASSISTANCE	OUI, TOUJOURS..... 1 (PASSER A 1327_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PREFERE NE PAS REpondre ..... 4 (PASSER A 1327_02a) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER A 1327_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PREFERE NE PAS REpondre ..... 4 (PASSER A 1327_02a) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER A 1327_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PREFERE NE PAS REpondre ..... 4 (PASSER A 1327_02a) ←
1334	Quelle est/sont la/les raisons pour laquelle/lesquelles vous n'aviez pas recherché de l'aide suite aux/certains des actes de violence que vous avez subis ?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN ..... B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION . E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE ..... X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN ..... B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION . E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE ..... X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN ..... B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION . E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE ..... X (PRECISER)

**VIOLENCES PSYCHOLOGIQUES ET EMOTIONNELLES (TABLEAU A ADMINISTRER COLONNE PAR COLONNE)**

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1335	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que quelqu'un vous fasse subir les actes suivants?			
a.	Se montre jaloux ou en colère si vous parlez/parliez à d'autres hommes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
b.	Vous accuse souvent d'être infidèle?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
c.	Vous empêche de rencontrer vos amies de sexe féminin?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
d.	Essaie de limiter vos contacts avec votre famille d'origine?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
e.	Insistait pour savoir où vous êtes à tous moments?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
f.	Vous dit ou fait quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
g.	Vous menace méchamment, vous ou quelqu'un proche de vous?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
h.	Vous insulte ou vous dit des gros mots?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
i.	Vous fait chanter?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
j.	Vous empêche de recourir à des moyens de contraception?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
k.	Ne vous (fait/faisait) pas confiance en ce qui concerne l'argent?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT ..... 8
n.	VERIFIER LIGNE 'a' A 'k'. A subi une violence psychologique ou émotionnelle au cours de la période ?  SI UN CODE '1' EST ENCERCLE, INSCRIRE '1'. SINON, SI UN CODE '3' EST ENCERCLE, INSCRIRE '3'. SINON INSCRIRE '2'	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1335_02a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1335_03a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1343) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1336	Combien de fois avez-vous subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois ?  INSISTER POUR AVOIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE DE FOIS ..... _ _ _ _  995 ET PLUS..... 995  NSP..... 998		
1337	Citez- moi, s'il vous plaît, toutes les personnes qui vous ont fait subir ces actes de violence ?  VOIR LISTE DES CODES AUTEUR(E) CI-DESSOUS	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _

CODES DES AUTEUR(E)S ET DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE					
CONJOINT ACTUEL .....	11	AUTRE PARENT (FÉM.) .....	20	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (MASC.) .....	29
EX-CONJOINT .....	12	AUTRE PARENT (MASC.) .....	21	ENSEIGNANT (FÉM.) .....	30
PARTENAIRE EXTRACONJUGAL .....	13	BELLE-MÈRE.....	22	ENSEIGNANT (MASC.).....	31
MÈRE.....	14	BEAU-PÈRE.....	23	VOISINE (FÉM.).....	32
PÈRE.....	15	BELLE-SŒUR.....	24	VOISIN (MASC.) .....	33
FILLE.....	16	BEAU-FRÈRE.....	25	INCONNUE (FÉM.) .....	34
FILS.....	17	COLLÈGUE (FÉM.).....	26	INCONNU (MASC.).....	35
SŒUR.....	18	COLLÈGUE (MASC.) .....	27	AUTRE (FÉM.).....	96
FRÈRE.....	19	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (FÉM.).....	28	AUTRE (MASC.) .....	97

1338	Suite à cet/ces acte(s) de violence que vous avez subis, avez-vous essayé d'obtenir de l'aide, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1341) ← PREFERE NE PAS REPENDRE..... 4	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1341) ← PREFERE NE PAS REPENDRE..... 4	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1341) ← PREFERE NE PAS REPENDRE..... 4
1339	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?	FAMILLE..... A BELLE-FAMILLE..... B MARI/PARTENAIRE..... C EX-MARI/PARTENAIRE..... D AMI(E)S..... E VOISINS..... F CECJ..... G CLINIQUE JURIDIQUE..... H CHEF RELIGIEUX..... I CHEF FOKONTANY..... J PERSONNEL MEDICAL..... K TRIBUNAL/AVOCAT..... L POLICE/GENDARMERIE..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR..... O ASSOCIATION/ONG..... P AUTRE..... X (PRECISER)	FAMILLE..... A BELLE-FAMILLE..... B MARI/PARTENAIRE..... C EX-MARI/PARTENAIRE..... D AMI(E)S..... E VOISINS..... F CECJ..... G CLINIQUE JURIDIQUE..... H CHEF RELIGIEUX..... I CHEF FOKONTANY..... J PERSONNEL MEDICAL..... K TRIBUNAL/AVOCAT..... L POLICE/GENDARMERIE..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR..... O ASSOCIATION/ONG..... P AUTRE..... X (PRECISER)	FAMILLE..... A BELLE-FAMILLE..... B MARI/PARTENAIRE..... C EX-MARI/PARTENAIRE..... D AMI(E)S..... E VOISINS..... F CECJ..... G CLINIQUE JURIDIQUE..... H CHEF RELIGIEUX..... I CHEF FOKONTANY..... J PERSONNEL MEDICAL..... K TRIBUNAL/AVOCAT..... L POLICE/GENDARMERIE..... M ENSEIGNANT/PROFESSEUR..... N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR..... O ASSOCIATION/ONG..... P AUTRE..... X (PRECISER)
1340	Quelle étaient la/les suites de votre recherche d'aide ?	ON NE L'A PAS CRU..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE..... D REGLEMENT DE COMPTE..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE..... F ARRESTATION/CONVOCAION DE L'AUTEUR..... G AUTRE..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE..... D REGLEMENT DE COMPTE..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE..... F ARRESTATION/CONVOCAION DE L'AUTEUR..... G AUTRE..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE..... D REGLEMENT DE COMPTE..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE..... F ARRESTATION/CONVOCAION DE L'AUTEUR..... G AUTRE..... X (PRECISER)

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1341	VERIFIER 1338 : RECHERCHE D'ASSISTANCE	OUI, TOUJOURS..... 1 (PASSER A 1335_02a) ← OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 PREFERE NE PAS REpondRE..... 4 (PASSER À 1335_02a) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER A 1335_02a) ← OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 PREFERE NE PAS REpondRE .... 4 (PASSER À 1335_02a) ←	OUI, TOUJOURS .....1 (PASSER A 1335_02a) ← OUI, DES FOIS.....2 NON, JAMAIS .....3 PREFERE NE PAS REpondRE .....4 (PASSER À 1335_02a) ←
1342	Quelle est/sont la/les raisons pour laquelle/lesquelles vous n'aviez pas recherché de l'aide suite aux/certains des actes de violence que vous avez subis ?	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN..... B FAIT PARTIE DE LA VIE..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION . E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE ..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE..... I AUTRE ..... X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER .....A INUTILE/PAS BESOIN.....B FAIT PARTIE DE LA VIE ..... C EX-MARI/PARTENAIRE ..... D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION ..E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR ..... G GENEE..... H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE..... I AUTRE .....X (PRECISER)	NE SAIT PAS VERS QUI ALLER ..... A INUTILE/PAS BESOIN .....B FAIT PARTIE DE LA VIE .....C EX-MARI/PARTENAIRE .....D PEUR DU DIVORCE/SEPARATION ..E PEUR D'ETRE PLUS BATTUE ..... F PEUR DE CREER PROBLEMES A L'AUTEUR..... G GENEE.....H NE VEUT PAS DESHONORER LA FAMILLE ..... I AUTRE .....X (PRECISER)

**VIOLENCES ECONOMIQUE (TABLEAU A ADMINISTRER COLONNE PAR COLONNE)**

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1343	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé que quelqu'un vous fasse subir les actes suivants?			
a.	Empêche de recevoir un héritage ou votre part de biens communs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
b.	Vous accorde une part inégale lors de la répartition de biens communs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
c.	Confisque vos revenus de force ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
d.	Vous confisque ou vous empêche de jouir de vos terres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
e.	Vous interdit d'aller à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
f.	Vous interdit d'aller travailler ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
g.	Refuse de contribuer aux charges de votre ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI..... 1 NON..... 2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .... 8	OUI.....1 NON.....2 NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3 NSP SI CELA S'EST PRODUIT .....8
n.	VERIFIER LIGNE 'a' A 'g'. A subi une violence économique au cours de la période ? SI UN CODE '1' EST ENCERCLE, INSCRIRE '1'. SINON, SI UN CODE '3' EST ENCERCLE, INSCRIRE '3'. SINON INSCRIRE '2'	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER A 1343_02a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER A 1343_03a) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ... 3	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 1351) ← NE SOUHAITE PAS REpondRE ....3

		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1344	Combien de fois avez-vous subi ces actes de violence au cours des 12 derniers mois ?  INSISTER POUR AVOIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE DE FOIS ..... _ _ _ _  AUTRE..... 995 (PRECISER) NSP..... 998		
1345	Citez- moi, s'il vous plaît, toutes les personnes qui vous ont fait subir ces actes de violence ?  VOIR LA LISTE DES CODES DES AUTEUR(E)S CI-DESSOUS.	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _	AUTEUR 1..... _ _ _ _  AUTEUR 2..... _ _ _ _  AUTEUR 3..... _ _ _ _  AUTEUR 4..... _ _ _ _  AUTEUR 5..... _ _ _ _  AUTEUR 6..... _ _ _ _

CODES DES AUTEUR(E)S ET DES SURVIVANT(E)S DE VIOLENCE			
CONJOINT ACTUEL .....	11	AUTRE PARENT (FÉM.) .....	20
EX-CONJOINT .....	12	AUTRE PARENT (MASC.) .....	21
PARTENAIRE EXTRACONJUGAL .....	13	BELLE-MÈRE .....	22
MÈRE.....	14	BEAU-PÈRE.....	23
PÈRE.....	15	BELLE-SŒUR.....	24
FILLE.....	16	BEAU-FRÈRE.....	25
FILS.....	17	COLLÈGUE (FÉM.).....	26
SŒUR.....	18	COLLÈGUE (MASC.).....	27
FRÈRE.....	19	EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (FÉM.).....	28
		EMPLOYEUR/SUPERVISEUR (MASC.).....	29
		ENSEIGNANT (FÉM.).....	30
		ENSEIGNANT (MASC.).....	31
		VOISINE (FÉM.).....	32
		VOISIN (MASC.).....	33
		INCONNUE (FÉM.).....	34
		INCONNU (MASC.).....	35
		AUTRE (FÉM.).....	96
		AUTRE (MASC.).....	97

1346	Suite à cet/ces acte(s) de violence que vous avez subis, avez-vous essayé d'obtenir de l'aide, à chaque fois, des fois seulement ou jamais ?	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1349) ← PREFERE NE PAS REpondre .... 4	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1349) ← PREFERE NE PAS REpondre .... 4	OUI, TOUJOURS..... 1 OUI, DES FOIS..... 2 NON, JAMAIS..... 3 (PASSER A 1349) ← PREFERE NE PAS REpondre .... 4
1347	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?	FAMILLE.....A BELLE-FAMILLE.....B MARI/PARTENAIRE.....C EX-MARI/PARTENAIRE.....D AMI(E)S.....E VOISINS.....F CECJ.....G CLINIQUE JURIDIQUE.....H CHEF RELIGIEUX.....I CHEF FOKONTANY.....J PERSONNEL MEDICAL.....K TRIBUNAL/AVOCAT.....L POLICE/GENDARMERIE.....M ENSEIGNANT/PROFESSEUR.....N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR.....O ASSOCIATION/ONG.....P AUTRE.....X (PRECISER)	FAMILLE.....A BELLE-FAMILLE.....B MARI/PARTENAIRE.....C EX-MARI/PARTENAIRE.....D AMI(E)S.....E VOISINS.....F CECJ.....G CLINIQUE JURIDIQUE.....H CHEF RELIGIEUX.....I CHEF FOKONTANY.....J PERSONNEL MEDICAL.....K TRIBUNAL/AVOCAT.....L POLICE/GENDARMERIE.....M ENSEIGNANT/PROFESSEUR.....N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR.....O ASSOCIATION/ONG.....P AUTRE.....X (PRECISER)	FAMILLE.....A BELLE-FAMILLE.....B MARI/PARTENAIRE.....C EX-MARI/PARTENAIRE.....D AMI(E)S.....E VOISINS.....F CECJ.....G CLINIQUE JURIDIQUE.....H CHEF RELIGIEUX.....I CHEF FOKONTANY.....J PERSONNEL MEDICAL.....K TRIBUNAL/AVOCAT.....L POLICE/GENDARMERIE.....M ENSEIGNANT/PROFESSEUR.....N EMPLOYEUR/SUPERVISEUR.....O ASSOCIATION/ONG.....P AUTRE.....X (PRECISER)
1348	Quelle étaient la/les suites de votre recherche d'aide ?	ON NE L'A PAS CRU.....A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE.....B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR.....C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE.....D REGLEMENT DE COMPTE.....E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE.....F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR.....G AUTRE.....X	ON NE L'A PAS CRU.....A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE.....B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR.....C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE.....D REGLEMENT DE COMPTE.....E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE.....F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR.....G AUTRE.....X	ON NE L'A PAS CRU.....A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE.....B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR.....C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE.....D REGLEMENT DE COMPTE.....E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE.....F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR.....G AUTRE.....X

		(PRECISER)	(PRECISER)	(PRECISER)
		01. Au cours des 12 derniers mois	02. Depuis que vous avez 15 ans	03. Quand vous aviez entre 10 et 14 ans
1349	VERIFIER 1346 : RECHERCHE D'ASSISTANCE	OUI, TOUJOURS..... 1 (PASSER A 1343_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PREFERE NE PAS REpondre..... 4 (PASSER À 1343_02a) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER A 1343_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS..... 3 PREFERE NE PAS REpondre .... 4 (PASSER À 1343_02a) ←	OUI, TOUJOURS ..... 1 (PASSER A 1343_02a) ← OUI, DES FOIS ..... 2 NON, JAMAIS ..... 3 PREFERE NE PAS REpondre ..... 4 (PASSER À 1343_02a) ←
1350	Quelle est/sont la/les raisons pour laquelle/lesquelles vous n'aviez pas recherché de l'aide suite aux/certains des actes de violence que vous avez subis ?	ON NE L'A PAS CRU..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)	ON NE L'A PAS CRU ..... A ON A CONSIDERE QU'ELLE ETAIT FAUTIVE ..... B ON A CONSIDERE QU'IL NE FALLAIT PAS INTERVENIR ..... C ELLE A ETE DEFENDUE ET/OU PROTEGEE IMMEDIATEMENT PAR CETTE PERSONNE ..... D REGLEMENT DE COMPTE ..... E CONCILIATION/ENTRETIEN AVEC L'AUTEUR DE LA VIOLENCE ..... F ARRESTATION/CONVOCATION DE L'AUTEUR ..... G AUTRE ..... X (PRECISER)
1351	ENREGISTRER L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW ET REMERCIER LA RÉPONDANTE.	HEURE .....         MINUTES .....		



02	FEV		
01	JAN		
<hr/>			
12	DEC	49	
11	NOV		
10	OCT		
09	SEPT		
2	08	AOÛT	2
0	07	JUIL	0
0	06	JUIN	0
7	05	MAI	7
	04	AVR	
	03	MAR	
	02	FEV	
	01	JAN	
<hr/>			
12	DEC		
11	NOV		
10	OCT		
09	SEPT		
2	08	AOÛT	2
0	07	JUIL	0
0	06	JUIN	0
6	05	MAI	6
	04	AVR	
	03	MAR	
	02	FEV	
	01	JAN	