

ENQUETE MORTALITÉ, MORBIDITÉ ET UTILISATION DES SERVICES (EMMUS-VI)  
QUESTIONNAIRE HOMME

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

INSTITUT HAÏTIEN DE L'ENFANCE

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITÉ _____																			
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																			
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
NUMÉRO DU MÉNAGE .....																			
DEPARTMENT .....																			
RESIDENCE (AIRE MÉTROPOLITAINE=1, CAP HAÏTEN=2, GONAÏVES=3, LES CAYES=4, AUTRES VILLES=5, RUF.....)																			
MILIEU (URBAIN = 1; RURAL = 2) .....				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>															
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR SOU-ÉCHANTILLON (1=1/3 DES MENAGES, 2=2/3 DES MENAGES)																			
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L' HOMME _____				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>															
VISITES D'ENQUÊTEURS																			
	1	2	3	VISITE FINALE															
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE No ENQUÊT															
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>															
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* _____															
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>															
*CODES RÉSULTAT :      1 COMPLÉTÉ                      4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON      5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ    7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISEZ)																			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0</b> <b>1</b> </div> <div> LANGUE DE L'INTERVIEW** <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> <div> TRADUCTEUR (OUI = 1, NON = 2) <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div> LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> </div> <div> **CODES LANGUES :  01 FRANÇAIS  02 CRÉOLE </div> </div>																			
CHEF D'ÉQUIPE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>NOM</span> <span>NUMÉRO</span> </div>		CONTRÔLEUSE <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>NOM</span> <span>NUMÉRO</span> </div>		CONTRÔLE BUREAU <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>NUMÉRO</span> </div>	SAISI PAR <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 80px;"></div> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>NUMÉRO</span> </div>														

<b>CONSENTEMENT</b>		
<b>001</b>	<b>CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ</b>	
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour l'Institut Haïtien de l'Enfance. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé. Cette enquête menée pour le compte du MSPP, vise à mieux connaître la situation de santé de la population haïtienne. Dans le cadre de cette enquête, j'aimerais vous poser quelques questions qui aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes.</p> <p>Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles. Ces informations ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête qui sont tenus de ne pas divulguer les informations recueillies auprès des interviewés. Vous ne courez aucun risque en participant à cette enquête.</p> <p>Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, et il n'y a aucune pénalité si vous refusez d'y participer. Mais, nous espérons que vous accepterez d'y participer, car votre participation est très importante pour la réussite de l'étude.</p> <p>Avez-vous des questions au sujet de l'enquête?</p> <p>Puis-je commencer l'interview maintenant?</p> </div> <div style="width: 35%; border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"> <div style="margin-bottom: 20px;"> L'ADULTE ACCEPTE D'ÊTRE INTERVIEWÉ ..... 1 → 101 </div> <div> L'ADULTE N'ACCEPTE PAS D'ÊTRE ... 2 → FIN </div> <div style="margin-top: 20px; border-top: 1px solid black; padding-top: 5px;"> SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR </div> </div> </div>		

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 105
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE ..... 1 PETITE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
104	Juste avant d'habiter ici, dans quel département est-ce que vous viviez ?	AIRE METROPOLITAINE ..... 01 RESTE-OUEST ..... 02 SUD-EST ..... 03 NORD ..... 04 NORD-EST ..... 05 ARTIBONITE ..... 06 CENTRE ..... 07 SUD ..... 08 GRANDE-ANSE ..... 09 NORD-OUEST ..... 10 NIPPES ..... 11 EN DEHORS DU [PAYS] ..... 96	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS ..... NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .....	
106A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:  SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 107
106B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS ..... 1 35-64 ANS ..... 2	→ 107
106C	Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une pression artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une pression élevée peut endommager sérieusement le cœur. Je vous donnerai les résultats de la mesure de la pression artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ?  .....  SIGNATURE ENQUÊTEUR _____ DATE _____	OUI, ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 NON, ENQUÊTÉ N'ACCEPTE PAS ..... 2	→ 107

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
106D	<p>Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures.</p> <p>Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes :</p> <p>a) Manger quelque chose ?</p> <p>b) Bu du café, du thé, de la cola ou une autre boisson contenant de la caféine ?</p> <p>c) Fumé du tabac sous n'importe quelle forme ?</p> <p>d) Effectué une activité physique ou des exercices physiques de manière intensive ?</p>	<p align="right">OUI    NON</p> <p>a) MANGÉ ..... 1    2</p> <p>b) CAFÉINE ..... 1    2</p> <p>c) FUMÉ ..... 1    2</p> <p>d) PHYSIQUE ..... 1    2</p>													
106E	REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉ ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA TENSION														
106F	<p>LISEZ LES MESURES DE LA PRESSION ARTÉRIELLE .</p> <p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA RAISON.</p>	<p>SYSTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>DIASTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>REFUSÉ ..... 994</p> <p>PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995</p> <p>AUTRE ..... 996</p>													
107	Êtes-vous allé à l'école ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 111												
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	<p>PRIMAIRE ..... 1</p> <p>SECONDAIRE ..... 2</p> <p>SUPÉRIEUR ..... 3</p>													
109	<p>Quelle est l'année/classe la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?*</p> <p>SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>CLASSE/ANNÉE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p>													
110	<p>VÉRIFIEZ 108:</p> <p align="center">           PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/>             SECONDAIRE    ↓         </p> <p align="center">           SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> </p>		→ 113												

\* CODES POUR Q. 109

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

111	<p>Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.</p> <p>MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?</p>	<p>NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1</p> <p>PEUT LIRE SEULEMENT UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2</p> <p>PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3</p> <p>PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DE L'ENQUÊTÉ ..... 4</p> <p align="center">(PRÉCISEZ LA LANGUE)</p> <p>AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5</p>	
112	<p>VÉRIFIEZ 111:</p> <p align="center">           CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/>             ENCERCLÉ    ↓         </p> <p align="center">           CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> </p>		→ 114
113	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	<p>PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1</p> <p>AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3</p> <p>PAS DU TOUT ..... 4</p>	

**SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTE**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
114	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4													
115	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4													
116	Est-ce que vous possédez un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 118												
117	Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ?	OUI ..... 1 NON ..... 2													
118	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2													
119	Avez-vous déjà utilisé internet ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 122												
120	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 122												
121	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4													
122	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 1 PROTESTANT/MÉTHODISTE/ ADVENTISTE/TÉMOIN DE JÉHOVA ..... 2 VAUDOUSANT ..... 3 PAS DE RELIGION ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)													
122A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 124												
122B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS ..... 1 35-64 ANS ..... 2	→ 124												
122C	Est-ce que je peux commencer maintenant à mesurer votre tension artérielle ?  SIGNATURE ENQUÊTEUR _____ DATE _____	OUI, ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 NON, ENQUÊTÉ N'ACCEPTE PAS ..... 2	→ 124												
122D	PRENEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA	SYSTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ ..... 994 PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995 AUTRE ..... 996													
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus loin de chez vous ?	NOMBRE DE FOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> AUCUNE ..... 00			→ 125A										
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2													
125A	Depuis le tremblement de terre avez-vous vécu à n'importe quel moment dans un camp d'hébergement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2													
125B	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 201 → 801												

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 206
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON ..... b) FILLES À LA MAISON ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... b) FILLES AILLEURS ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
206	Avez-vous eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	<input type="checkbox"/> → 208
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN , INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS ..... b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <div><div></div><div></div><div></div><div></div></div>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS ..... <div><div></div><div></div></div>	
209	VÉRIFIEZ 208:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> A EU <input type="checkbox"/>  PLUS D'UN  ENFANT ↓ </div> <div style="text-align: center;"> N'A EU AUCUN  ENFANT <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> A EU  SEULEMENT  UN ENFANT <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>	→ 211  → 301
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
211	<p>VÉRIFIEZ 208:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/> PLUS D'UN ENFANT ↓</p> <p>a) Quel âge aviez-vous quand votre premier enfant est né ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A EU <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN ENFANT ↓</p> <p>b) Quel âge aviez-vous quand votre enfant est né ?</p> </div> </div>	<p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
212	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT</p> </div> </div>	<p>→ 301</p>	
213	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) Quel âge a votre plus jeune enfant ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓</p> <p>b) Quel âge a votre enfant ?</p> </div> </div>	<p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
214	<p>VÉRIFIEZ 213:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>(LE PLUS JEUNE) ENFANT A <input type="checkbox"/> 0-2 ANS ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>(LE PLUS JEUNE ) ENFANT A <input type="checkbox"/> 3 ANS OU PLUS</p> </div> </div>	<p>→ 301</p>	
215	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) Quel est le nom de votre plus jeune enfant ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> ENFANT VIVANT ↓</p> <p>b) Quel est le nom de votre enfant ?</p> </div> </div>	<p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE))</p>	
216	<p>Quand la mère de (NOM) était enceinte de (NOM), a-t-elle eu des examens prénatals ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 218</p>
217	<p>Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?</p>	<p>PRÉSENT ..... 1 PAS PRÉSENT ..... 2</p>	
218	<p>Est-ce que (NOM) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?</p>	<p>HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1 AUTRE ..... 2</p>	
219	<p>Quand un enfant a la diarrhée, quelle quantité de liquides doit-on lui donné à boire : plus que d'habitude, environ la même quantité que d'habitude, moins que d'habitude ou rien à boire du tout ?</p>	<p>PLUS QUE D'HABITUDE ..... 1 ENVIRON MÊME QUANTITÉ ..... 2 MOINS QUE D'HABITUDE ..... 3 RIEN À BOIRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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



### SECTION 3. CONTRACEPTION

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Entendu à la radio un message sur la planification familiale ?</p> <p>b) Vu à la télévision quelque chose sur la planification familiale ?</p> <p>c) Lu dans un journal ou un magazine quelque chose sur la planification familiale ?</p> <p>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI      NON</p> <p>a) RADIO ..... 1      2</p> <p>b) TÉLÉVISION ..... 1      2</p> <p>c) JOURNAL OU MAGAZINE ..... 1      2</p> <p>d) PORTABLE ..... 1      2</p>	
303	<p>Au cours les 12 derniers mois, avez-vous parlé de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de santé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
304	<p>Je voudrais maintenant vous parler des risques de tomber enceintes. Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 306</p>
305	<p>Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?</p>	<p>JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÉGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
306	<p>Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
307	<p>Je vais vous lire maintenant certaines déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune de ces déclarations ?</p> <p>a) La contraception est un problème de femme et un homme ne doit pas s'en préoccuper.</p> <p>b) Une femme qui utilise la contraception peut devenir une femme légère.</p>	<p style="text-align: right;">PAS D'ACCORD D'ACCORD      NSP</p> <p>a) CONTRACEPTION PROBLÈME DE FEMME ..... 1      2      8</p> <p>b) FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE ..... 1      2      8</p>	

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, ACTUELLEMENT PLACÉ ..... 2 OUI, ACTUELLEMENT VIVAVEK ..... 3 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ..... 4 NON, PAS EN UNION ..... 5	→ 404	
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉ/PLACÉ/VIVAVEK ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ..... 2 NON ..... 3	→ 413	
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF ..... 1 DIVORCÉ ..... 2 SÉPARÉ ..... 3	→ 410	
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2		
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE ÉPOUSE) ..... 1 NON (SEULEMENT UNE ÉPOUSE) ..... 2	→ 407	
406	En tout, combien d'épouses ou de partenaires avec qui vous vivez comme si vous étiez marié avez-vous ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT VIT COMME MARIÉ <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>		
407	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE</p> <p>↓</p> <p>a) Dites-mois, s'il vous plaît, le nom de (votre épouse/femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE</p> <p>↓</p> <p>b) Dites-mois, s'il vous plaît, le nom de chacune de vos épouses ou femmes avec qui vous vivez comme si vous étiez marié) ?</p> </div> </div> <p>INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE DE CHACUNE DES ÉPOUSES ET DES FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>NOM</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> </div> <div style="width: 20%;"> <p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> </div> <div style="width: 30%;"> <p>ÂGE</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 5px;"></div> </div> </div>	<p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p>	
408	POSEZ 408 POUR CHAQUE PERSONNE.			
409	<p>VÉRIFIEZ 407:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE</p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE</p> <p>↓</p> </div> </div>		→ 411	
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	PLUS D'UNE FOIS ..... 1 UNE SEULE FOIS ..... 2		

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
411	<p>VÉRIFIEZ 405 ET 410:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>LES DEUX SONT <input type="checkbox"/>   CODE '2'</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?</p> </div> </div>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	<p>→ 413</p>
412	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?</p>	<p>ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
413	<p><b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.</b></p>		
414	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?</p>	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 501</p>
415	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A DES JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 417</p> <p>→ 427</p>

**SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE																																																
416	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>													IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																				
417	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (ALLEZ À 419) ←																																																
418	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																																																
419	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE/PLACÉ VIVAVEK ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PARTENAIRE/FIANCÉ/AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE/PLACÉ VIVAVEK ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PARTENAIRE/FIANCÉ/AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE/PLACÉ VIVAVEK ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PARTENAIRE/FIANCÉ/AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)																																																
420	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																
421	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					NOMBRE DE FOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>					NOMBRE DE FOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>																																								
422	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98					ÂGE DE LA PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98					ÂGE DE LA PARTENAIRE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98																																								
423	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 416 COL. SUIVANTE) ← NON ..... 2 (ALLEZ À 425) ←	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 416 COL. SUIVANTE) ← NON ..... 2 (ALLEZ À 425) ←																																																	
424	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LES 12 DERNIERS MOIS ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98																																																

## SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
425	VÉRIFIEZ 419 (TOUTES LES COLONNES):  AU MOINS UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> EST UNE PROSTITUÉE ↓	AUCUNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> N'EST UNE PROSTITUÉE		→ 427
426	VÉRIFIEZ 419 ET 417 (TOUTES LES COLONNES):  PRÉSERVATIF UTILISÉ AVEC <input type="checkbox"/> CHAQUE PROSTITUÉE			→ 430
		AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 431
427	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 429
428	Est-ce qu'il vous déjà arrivé de payer quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 431
429	La dernière fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels, un préservatif a-t-il été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 431
430	Est-ce qu'au cours des 12 derniers mois, un condom a été utilisé chaque fois que vous avez payé quelqu'un en échange de rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8		
431	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné des cadeaux ou des présents pour avoir des rapports sexuels ou pour avoir une relation sexuelle suivie avec quelqu'un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		→ 433
432	Est-ce qu'il vous déjà arrivé de donner des cadeaux ou des présents pour avoir des rapports sexuels ou pour avoir une relation sexuelle suivie avec quelqu'un ?	OUI ..... 1 NON ..... 2		
433	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98		
434	VÉRIFIEZ 417: PARTENAIRE LA PLUS RÉCENTE (PREMIÈRE COLONNE)  PAS POSÉE <input type="checkbox"/>  PRÉSERVATIF <input type="checkbox"/> UTILISÉ ↓	PAS DE PRÉSERVATIF <input type="checkbox"/> UTILISÉ		→ 438  → 438
435	Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un préservatif avait été utilisé. Quelle était la marque du préservatif utilisée cette fois là ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PANTÈ ..... 01 CONDOM SANS NOM ..... 02  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98		

SECTION 4. UNION ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
436	<p>Où vous étiez-vous procuré le préservatif la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <hr/> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 22</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL .. 23</p> <p>CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... 32</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL .. 33</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b></p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 41</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR .. 42</p> <p>SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... 43</p> <p><b>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</b></p> <p>BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... 51</p> <p>BAR ..... 52</p> <p>DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE .. 53</p> <p>ÉCOLE ..... 54</p> <p>PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... 55</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
437	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode que le préservatif pour éviter ou retarder une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 439</p> <p>→ 440</p>
438	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une méthode pour éviter ou retarder une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 440
439	<p>Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ?</p> <p>INSISTEZ: Est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>PILULE DIU LENDEMAIN ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	→ 501
440	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
501	VÉRIFIEZ 401: ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 514								
502	VÉRIFIEZ 439: HOMME NON <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		→ 514								
503	VÉRIFIEZ 407: UNE ÉPOUSE/ <input type="checkbox"/> PARTENAIRE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/>		→ 509								
504	Est-ce que votre (épouse/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 507								
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ENFANT ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
506	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
507	VÉRIFIEZ 208: A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT <input type="checkbox"/> a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ? b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?	VEUT (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE/PARTENAIRE STÉRILISÉE ..... 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
508	VÉRIFIEZ 208: A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ? b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
509	Est-ce que l'une de vos (épouses/partenaires) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 512								

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A										
510	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après la naissance (de/des enfant) que vos (épouses/partenaires) attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 NE PLUS EN AVOIR ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514										
511	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514		
512	<b>VÉRIFIEZ 208:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             A DES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              ENFANTS ↓              a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?           </div> <div style="text-align: center;">             N'A PAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              D'ENFANT ↓              b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?           </div> </div>			AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE (ÉPOUSES/PARTENAIRE(S)) STÉRILISÉES ..... 4 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
513	<b>VÉRIFIEZ 208:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             A DES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              ENFANTS ↓              a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?           </div> <div style="text-align: center;">             N'A PAS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              D'ENFANT ↓              b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?           </div> </div>			MOIS ..... 1 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									
514	<b>VÉRIFIEZ 203 ET 205:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             A DES ENFANTS <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              VIVANTS ↓              a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?  <b>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</b> </div> <div style="text-align: center;">             AUCUN ENFANT <table border="1"><tr><td></td></tr></table>              VIVANT ↓              b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?           </div> </div>			AUCUN ..... 00   NOMBRE ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)			→ 601   → 601						
515	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-bottom: 5px;"> <span>GARÇONS</span> <span>FILLES</span> <span>PEU IMPORTE</span> </div> NOMBRE ... <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)											



**SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
602	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 604
603	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 607
604	Quelle est votre occupation ? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	<div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
605	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
606	Êtes-vous payé en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payé du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉ ..... 4	
607	VÉRIFIEZ 401:  ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 612
608	VÉRIFIEZ 606:  CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 610
609	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (épouse/partenaire), ou conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
610	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé : vous, votre (épouse/partenaire), conjointement vous et votre (épouse/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
611	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉ ..... 1 ÉPOUSE/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉ ET ÉPOUSE/ PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT ..... 2 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	→ 615																								
613	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 615																								
614	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
615	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seul ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT ..... 1 CONJOINTEMENT SEULEMENT ..... 2 SEUL ET CONJOINTEMENT ..... 3 N'EN POSSÈDE PAS ..... 4	→ 618																								
616	Avez-vous un acte de propriété une terre que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 618																								
617	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
618	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : a) Si elle sort sans le lui dire ? b) Si elle néglige les enfants ? c) Si elle argumente avec lui ? d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? e) Si elle brûle la nourriture ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) REFUSE RAP. SEXUELS</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																								
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																								
c) ARGUMENTE	1	2	8																								
d) REFUSE RAP. SEXUELS	1	2	8																								
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																								

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 727																
702	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
703 (1)	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
704	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																	
705 (1)	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																	
706 (1)	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																	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant : a) Durant la grossesse ? b) Durant l'accouchement ? c) En allaitant ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) DURANT GROSSESSE</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) DURANT ACCOUCHEMENT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) EN ALLAITANT</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) DURANT GROSSESSE	1	2	8	b) DURANT ACCOUCHEMENT	1	2	8	c) EN ALLAITANT	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) DURANT GROSSESSE	1	2	8																
b) DURANT ACCOUCHEMENT	1	2	8																
c) EN ALLAITANT	1	2	8																
709	VÉRIFIEZ 708: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 711																
710	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	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
711	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>																		
712	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 716																
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANS OU PLUS ..... 95																	
714	Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 715																
714A	Pourquoi n'avez vous pas eu les résultats du test?	PAS ÉTÉ CHERCHÉ ..... A PEUR DE CONNAÎTRE LE RÉSULTA ..... B TEMPS D'ATTENTE TROP LONG ..... C AUTRE ..... X SPÉCIFIEZ																	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... 12</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 13</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILI/ ..... 14</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 15</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 16</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 17</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 22</p> <p>PHARMACIE ..... 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ ..... 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MIXTE</b></p> <p>HÔPITAL MIXTE ..... 31</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... 32</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... 33</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... 34</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... 35</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... 36</p> <p>AUTRE SECTEUR MIXTE ..... 37</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 718</p>
716	<p>Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 718</p>
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p><b>SECTEUR PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT ..... B</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... C</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... D</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... E</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... I</p> <p>PHARMACIE ..... J</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... K</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... L</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>MÉDICAL PRIVÉ ..... M</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MIXTE</b></p> <p>HÔPITAL MIXTE ..... N</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... O</p> <p>CENTRE CDV INDÉPENDANT ..... P</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... Q</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... R</p> <p>AGENT DE SANTÉ ..... S</p> <p>AUTRE SECTEUR MIXTE ..... T</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
718	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 720		
719	Vous êtes-vous testé vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2			
720	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/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
721	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	YES ..... 1 NO ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
722	Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
723	Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
724	Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
725	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
726	Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 DÉCLARE QU'IL A LE VIH ..... 3 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8			
727	<p>VÉRIFIEZ 701:</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> </td> </tr> </table>	<p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	
<p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>				
728	<p>VÉRIFIEZ 414:</p> <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓</p> </td> <td style="vertical-align: top;"> <p>N'A JAMAIS EU <input type="checkbox"/> DE RAPPORTS SEXUELS</p> </td> </tr> </table>	<p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓</p>	<p>N'A JAMAIS EU <input type="checkbox"/> DE RAPPORTS SEXUELS</p>		→ 736
<p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> ↓</p>	<p>N'A JAMAIS EU <input type="checkbox"/> DE RAPPORTS SEXUELS</p>				
729	<p>VÉRIFIEZ 727: A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>		→ 731		
730	J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8			
731	Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8			

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
732	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone génitale. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
733	VÉRIFIEZ 730, 731 AND 732:  A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI') N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION OU NE SAIT PAS		→ 736
734	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 730/731/732), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 736
735 (2)	Où êtes-vous allé ?  Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL D'ÉTAT/GOUVERNEMENT ..... A CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... B  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... C CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... D CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... E CABINET MÉDECIN PRIVÉ ..... F PHARMACIE ..... G  <b>SECTEUR MÉDICAL MIXTE</b> HÔPITAL/CLINIQUE MIXTE ..... H CENTRE DE SANTÉ (CAL/CSL)/ DISPENSAIRE ..... I CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... J  <b>SECTEUR MÉDICAL NON INSTITUTIONNEL</b> CLINIQUE MOBILE ..... K AGENT DE SANTÉ/ PROMOTEUR ..... L SAGE-FEMME/MATRONE AVEC BOÎTE ..... M  <b>AUTRE SOURCE NON MÉDICALE</b> BOUTIQUE/ MARCHÉ ..... N BAR ..... O DISTRIBUTEUR AUTOMATIQUE ..... P ÉCOLE ..... Q PARENT(E)S/ AMI(E)S ..... R  AUTRE ..... X _____ (PRÉCISER)	
736	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
737	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

**SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
805	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 eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 808
806	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre agent de santé ?  SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUCUNE ..... 00	→ 808
807	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	
808	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 810
808A	Depuis combien d'années fumez-vous?  SI MOINS D' UNE ANNÉE, ENRÉGISTEZ "00"	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
808B	VÉRIFIEZ 808:  CERTAINS JOURS. <input type="text"/> TOUS LES JOURS. <input type="text"/> CODE "2" CODE "1"		→ 811
809	Dans le passé, est-ce que fumiez tous les jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 812
810	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	TOUS LES JOURS ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 813
811	En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits mais pas chaque jour.  SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT, MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.  a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?  b) Des cigarette roulées à la main ?  d) Des pipes à tabac?  e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?  f) Nombre de sessions de pipe à eau ?  g) Autre chose ?  (PRÉCISEZ)	NOMBRE PAR JOUR  a) CIGARETTES COMMERCIALES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> b) CIGARETTES ROULÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> d) PIPES À TABAC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> f) PIPES À EAU ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> g) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 813

**SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
812	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-mois aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes fabriquées commercialement ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de sessions de pipe à eau ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p align="center">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES COMMERCIALES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) PIPES À EAU ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
813	<p>Consommez-vous actuellement du tabac non-fumé chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>TOUS LES JOURS ..... 1</p> <p>CERTAINS JOURS ..... 2</p> <p>PAS DU TOUT ..... 3</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 815A</p>
814	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-mois aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p align="center">NOMBRE DE FOIS PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 815A</p>
815	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-mois aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p align="center">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p align="center">NOMBRE DE FOIS PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
815A	<p>Vous arrive-t-il de boire de l'alcool ?</p> <p>SI OUI: Buvez-vous de l'alcool tous les jours, de temps en temps ou rarement?</p>	<p>TOUS LES JOURS ..... 1</p> <p>DE TEMPS EN TEMPS ..... 2</p> <p>RAREMENT ..... 3</p> <p>NON (JAMAIS) ..... 4</p>	<p>→ 816</p>



**SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ**

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
815B	Quel type d'alcool buvez-vous?  Quel autre type d'alcool buvez-vous?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	BIÈRE ..... A TAFIA/CLAIRIN ..... B RHUM ..... C VIN ..... D AUTRE ..... X													
816	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 817A												
817	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ASSURANCE SANTÉ CONNUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C ASSURANCE PRIVÉE ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)													
817A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE:  SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) <input type="checkbox"/>		→ 963												
817B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS ..... 1 35-64 ANS ..... 2	→ 963												
817C	Est-ce que je peux commencer maintenant à mesurer votre tension artérielle?  _____ SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____	OUI, L'ENQUÊTÉ ACCEPTE ..... 1 NON, L'ENQUÊTÉ N'ACCEPTE PAS ..... 2	→ 901												
817D	PRENEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE.  ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE .  SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉ, ENREGISTREZ LA	SYSTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table> DIASTOLIQUE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>  REFUSÉ ..... 994 PROBLÈMES TECHNIQUES ..... 995  AUTRE ..... 996													→ 901

SECTION 9. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À
900A	VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 1 (1/3 DES </div> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SOUS-ÉCHANTILLON 2 (2/3 DES MÉNAGES) </div> </div>		→ 963
900B	VÉRIFIEZ 106:	15-34 ANS ..... 1 35-64 ANS ..... 2	→ 963 → 901
901	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
902	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension élevée ou de	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 906
903	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension élevée ou de l'hypertension?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
904	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre pression artérielle?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
905	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre tension artérielle?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
906	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
907	Est-ce qu'un médecin ou un professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 911
908	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
909	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
910	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
911	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913
912	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
913	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 915
914	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
915	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 917

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ A
916	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
917	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 918A
918	Suivez-vous actuellement un traitement pour une dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
918A	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous étiez épileptique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 919
918B	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'épilepsie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
919	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 921
920	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
921	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI ..... 1  (PRÉCISEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON ..... 2	→ 951
922	Suivez-vous actuellement un traitement pour [MALADIE CHRONIQUE À Q. 921] ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 9. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À
951	<p>VÉRIFIEZ Q122D ET Q817D:</p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q122D ET À Q817D</p> <p>PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q122D ET À Q817D</p>		→ 957
952	ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q122D ET Q817D.		
953	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q122D</p> <p>SYSTOLIQUE</p> <p>DIABOLIQUE</p>		
954	<p>MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q817D</p> <p>SYSTOLIQUE</p> <p>DIABOLIQUE</p>		
955	<p>SOMME DE Q953 + Q954</p> <p>SOMME SYSTOLIQUE</p> <p>SOMME DIASTOLIQUE</p>		
956	<p>DIVISEZ Q955 PAR 2</p> <p>MOYENNE SYSTOLIQUE</p> <p>MOYENNE DIASTOLIQUE</p>		→ 961
957	<p>VÉRIFIEZ Q122D</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q122D</p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q122D</p>		→ 960
958	<p>VÉRIFIEZ Q817D:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉE À Q817D</p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q817D</p>		→ 960
959	<p>VÉRIFIEZ Q106F:</p> <p>PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106F</p> <p>LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q106F</p>		→ 963
960	<p>ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE.</p> <p>SYSTOLIQUE</p> <p>DIABOLIQUE</p>		

961	<p>UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .</p> <p>ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION <b>SYSTOLIQUE</b> DE Q956 OU Q960.</p> <p>ENSUITE, ENCERCLEZ LA <b>COLONNE</b> OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q956 OU Q960.</p> <p>LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q962.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="padding: 5px;">PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE</th> <th colspan="6" style="padding: 5px;">PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE</th> </tr> <tr> <th style="padding: 5px;"></th> <th style="padding: 5px;">&lt;84</th> <th style="padding: 5px;">85-89</th> <th style="padding: 5px;">90-99</th> <th style="padding: 5px;">100-109</th> <th style="padding: 5px;">110-119</th> <th style="padding: 5px;">≥ 120</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">≤129</td> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">130-139</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">140-159</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">160-179</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">180-209</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">≥ 210</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">6</td> </tr> </table>	PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE							<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120	≤129	1	2	3	4	5	6	130-139	2	2	3	4	5	6	140-159	3	3	3	4	5	6	160-179	4	4	4	4	5	6	180-209	5	5	5	5	5	6	≥ 210	6	6	6	6	6	6	
PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE	PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE																																																									
	<84	85-89	90-99	100-109	110-119	≥ 120																																																				
≤129	1	2	3	4	5	6																																																				
130-139	2	2	3	4	5	6																																																				
140-159	3	3	3	4	5	6																																																				
160-179	4	4	4	4	5	6																																																				
180-209	5	5	5	5	5	6																																																				
≥ 210	6	6	6	6	6	6																																																				
962	<p>ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q961. UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉ. DONNEZ À L'ENQUÊTÉ LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.</p> <table border="1" style="margin: 10px auto; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <th style="width: 5%; padding: 5px;"></th> <th style="width: 40%; padding: 5px;">CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE</th> <th style="width: 55%; padding: 5px;">CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE <u>DANS</u> :</th> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">1</td> <td style="padding: 5px;">NORMALE</td> <td style="padding: 5px;">24 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">2</td> <td style="padding: 5px;">À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL</td> <td style="padding: 5px;">12 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">3</td> <td style="padding: 5px;">AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL</td> <td style="padding: 5px;">2 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">4</td> <td style="padding: 5px;">MODÉRÉMENT ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">1 MOIS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">5</td> <td style="padding: 5px;">TRÈS ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">7 JOURS</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">6</td> <td style="padding: 5px;">EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE</td> <td style="padding: 5px;">AUJOURD'HUI</td> </tr> </table>		CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE <u>DANS</u> :	1	NORMALE	24 MOIS	2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS	3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS	4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS	5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS	6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																				
	CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE	CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE <u>DANS</u> :																																																								
1	NORMALE	24 MOIS																																																								
2	À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL	12 MOIS																																																								
3	AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL	2 MOIS																																																								
4	MODÉRÉMENT ÉLEVÉE	1 MOIS																																																								
5	TRÈS ÉLEVÉE	7 JOURS																																																								
6	EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE	AUJOURD'HUI																																																								
963	<p>INSCRIVEZ L'HEURE.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> <p>HEURE .....</p> <p>MINUTES .....</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: center;"> <table border="1" style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> <td style="width: 30px; height: 30px;"></td> </tr> </table> </div> </div>																																																									

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR

---

---

---

---

---