

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET  
DE LA DEMOGRAPHIE (INSD)INSTITUT NATIONAL DE SANTE  
PUBLIQUE (INSP)ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU BURKINA FASO (EDSBF 2021)  
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																				
NOM DE LA LOCALITÉ _____																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																
NUMÉRO DE CONCESSION .....																				
NUMÉRO DE MÉNAGE .....																				
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																				
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE SUR VIOLENCE DOMESTIQUE ? (1=OUI, 2=NON) .....				<table border="1" style="width: 40px; height: 40px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td></tr> </table>																
VISITES D'ENQUÊTRICES																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> ANNÉE N° ENQUÊT. <table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">2</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> </table> RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td></tr> </table>					2	0	2	1								
2	0	2	1																	
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____																	
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td></tr> </table>																
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td></tr> </table>																
*CODES RÉSULTAT :    1 REMPLI                      4 REFUSÉ                      7 AUTRE _____ 2 PAS À LA MAISON                      5 PARTIELLEMENT REMPLI                      PRÉCISEZ 3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ																				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="text-align: center;">0</td><td style="text-align: center;">1</td></tr> </table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> INTERPRÈTE UTILISÉ <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td></tr> </table> (OUI = 1, NON = 2)					0	1														
0	1																			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b> **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS                      05 GULMANTCHEMA 02 MOORE                      06 BISSA                      96 AUTRES 03 PEUHL/FULFULDE                      07 DAGARA                      _____ 04 DIOULA                      (PRÉCISEZ)																				
ÉQUIPE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> NUMÉRO			CHEF D'ÉQUIPE <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NOM                      NUMÉRO						CONTRÔLEUR CAPI <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> NOM                      NUMÉRO											

# PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_. Je travaille pour l'Institut National de la Statistique et de la Démographie (INSD). En collaboration avec l'Institut National de Santé Publique (INSP), nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Burkina Faso. Les informations que nous collectons aideront à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

Si vous souhaitez plus d'informations sur l'enquête, vous pouvez contacter les personnes dont les noms figurent sur la carte qui a déjà été donnée à votre ménage.

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

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

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

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	
102	Dans quelle région êtes-vous née ?	BOUCLE DU MOUHOUN ..... 01 CASCADES ..... 02 CENTRE ..... 03 CENTRE EST ..... 04 CENTRE NORD ..... 05 CENTRE OUEST ..... 06 CENTRE SUD ..... 07 EST ..... 08 HAUTS-BASSINS ..... 09 NORD ..... 10 PLATEAU CENTRAL ..... 11 SAHEL ..... 12 SUD -OUEST ..... 13 À L'EXTERIEUR DU BURKINA FASO ..... 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS _____	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA GRANDE VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... DEPUIS TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	MOIS ..... NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	Juste avant d'emménager ici, dans quelle région viviez-vous ?	BOUCLE DU MOUHOUN ..... 01 CASCADES ..... 02 CENTRE ..... 03 CENTRE EST ..... 04 CENTRE NORD ..... 05 CENTRE OUEST ..... 06 CENTRE SUD ..... 07 EST ..... 08 HAUTS-BASSINS ..... 09 NORD ..... 10 PLATEAU CENTRAL ..... 11 SAHEL ..... 12 SUD -OUEST ..... 13 À L'EXTERIEUR DU BURKINA FASO ..... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE ..... 1 PETITE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
109	Pourquoi avez-vous déménagé dans cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 RÉUNIFICATION DE CONJOINTS/MARIAGE ..... 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE /AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ DÙ AUX ATTAQUES DE GROUPES ARMÉES ..... 05 AUTRE DÉPLACEMENT FORCE ..... 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/OU 111 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé: très bon, bon, moyennement bon, mauvais ou très mauvais ?	TRÈS BON ..... 1 BON ..... 2 MOYENNEMENT BON ..... 3 MAUVAIS ..... 4 TRÈS MAUVAIS ..... 5	
113	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ième cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 <sup>er</sup> CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2 <sup>ième</sup> CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
115	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

Codes pour Q.115				
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE	SECONDAIRE 2ème CYCLE	SUPÉRIEUR
ANNEE/CLASSE	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN .....=00
	CP1 .....=01	6 <sup>1<sup>EME</sup></sup> .....=01	2 <sup>ND</sup> .....=01	1 <sup>1<sup>ERE</sup></sup> ANNÉE .....=01
	CP2 .....=02	5 <sup>1<sup>EME</sup></sup> .....=02	1 <sup>1<sup>ERE</sup></sup> .....=02	2 <sup>1<sup>EME</sup></sup> ANNÉE .....=02
	CE1 .....=03	4 <sup>1<sup>EME</sup></sup> .....=03	TERMINALE ..=03	3 <sup>1<sup>EME</sup></sup> ANNÉE .....=03
	CE2 .....=04	3 <sup>1<sup>EME</sup></sup> .....=04	FPB .....=04	4 <sup>1<sup>EME</sup></sup> ANNÉE .....=04
	CM1 .....=05	FPP .....=05		5 <sup>1<sup>EME</sup></sup> ANNÉE OU PLUS =05
	CM2 .....=06			

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	VÉRIFIEZ 114 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/>  SECONDAIRE (1<sup>er</sup>/2<sup>ème</sup> CYCLE) ↓ </div> <div style="text-align: center;"> SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase.  MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE.  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
118	VÉRIFIEZ 117:  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓ </div> <div style="text-align: center;"> CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 124
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smartphone ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
124	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
125	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
126	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'Internet : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
130	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 01 CATHOLIQUE ..... 02 PROTESTANTE ..... 03 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 04 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 05  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	<b>CODE ETHNIE (POUR LES BURKINABÉ)</b> BOBO ..... 01 DIOULA ..... 02 FULFULDE/ PEULH ..... 03 GOURMANTCHE ..... 04 GOUROUNSI ..... 05 LOBI ..... 06 MOSSI ..... 07 SENOUFO ..... 08 TOUAREG/ BELLA ..... 09 DAGARA ..... 10 BISSA ..... 11 AUTRE ETHNIE BURKINABÉ ..... 16 (PRÉCISEZ) <b>CODE NATIONALITÉ (POUR LES ÉTRANGERS)</b> PAYS CEDEAO ..... 21 AUTRES PAYS AFRICAINS ..... 22 AUTRES NATIONALITÉS ..... 23	

**SECTION 2. REPRODUCTION**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
201	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204								
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206								
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ?  SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 208								
207	a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédées ?  SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIEZ 208 :  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	Il arrive parfois que les femmes aient une grossesse qui ne se termine pas par une naissance vivante. Par exemple, une grossesse peut se terminer en fausse-couche, par un avortement ou l'enfant peut être mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212								
211	Combien de fausses couches, d'avortements et de mort-nés avez-vous eus ?	PERTES DE GROSSESSE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
212	FAITES LA SOMME DE 208 ET 211 ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DU RÉSULTAT DES GROSSESSES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
213	VÉRIFIEZ 212:  UNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> AUCUNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓		→ 232								

**SECTION 2. REPRODUCTION**

<p>214 Je voudrais maintenant enregistrer toutes vos grossesses comprenant les naissances vivantes, les morts-nés, les fausses-couches et les avortements, en commençant par votre première grossesse.  <b>ENREGISTREZ TOUTES LES GROSSESSES À 215-228. ENREGISTREZ LES JUMEUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 3 GROSSESSES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</b></p>							
215	216	217	218	219	220	221	222
<p>Rappelez-vous votre (première/suivante) grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple; des jumeaux ou des triplés</p> <p><b>SI GROSSESSE MULTIPLE: COPIEZ VALEUR DE 215 À LA(AUX) SUIVANTE(S)</b></p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE</p>	<p>SI 215=1, <b>DEMANDEZ:</b> Est-ce que le bébé est né vivant, est-ce qu'il était mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ?</p> <p>SI 215&gt;1, <b>DEMANDEZ:</b> Est-ce que c'était le (premier, suivant) bébé dans cette grossesse qui est né vivant ou mort ?.</p>	<p>Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?</p>	<p>Quel nom a été donné au bébé ?</p> <p align="center">INSCRIVEZ LE NOM.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE.</p> <p>NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI NÉ VIVANT, <b>DEMANDEZ:</b> Quel jour, quel mois et en quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> <p>SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORTEMENT, <b>DEMANDEZ:</b> Quel jour et quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-elle terminée ?</p>	<p>Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?</p> <p>ENREGISTREZ EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.</p>	<p>À LA LIGNE 01, <b>DEMANDEZ:</b> Y a-t-il eu d'autres grossesses avant cette grossesse ?</p> <p>APRÈS LA LIGNE 01:</p> <p>SI 215=1 OU S'IL S'AGIT DE LA PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, <b>DEMANDEZ:</b> Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse?</p> <p>SI 215 &gt; 1 ET QUE CE N'EST PAS LA PREMIÈRE NAISSANCE DE LA GROSSESSE, PASSEZ À 216 À LA</p>
<p>01 SIMPLE 1</p> <p>JUM. 2</p> <p>TRIP. 3</p> <p>NBR DE RÉSUL <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT (ALLEZ A 218) <input type="text"/> 1</p> <p>MORT NÉ <input type="text"/> 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) <input type="text"/> 3</p> <p>AVORTEMENT <input type="text"/> 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GARÇ. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI <input type="text"/> 1 (AJOUTEZ GROSSESSE)</p> <p>NON <input type="text"/> 2 (GROSSESSE SUIVANTE)</p>
<p>02 SIMPLE 1</p> <p>JUM. 2</p> <p>TRIP. 3</p> <p>NBR DE RÉSUL <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT (ALLEZ À 218) <input type="text"/> 1</p> <p>MORT NÉ <input type="text"/> 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) <input type="text"/> 3</p> <p>AVORTEMENT <input type="text"/> 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GARÇ. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI <input type="text"/> 1 (AJOUTEZ GROSSESSE)</p> <p>NON <input type="text"/> 2 (GROSSESSE SUIVANTE)</p>
<p>03 SIMPLE 1</p> <p>JUM. 2</p> <p>TRIP. 3</p> <p>NBR DE RÉSUL <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT (ALLEZ A 218) <input type="text"/> 1</p> <p>MORT NÉ <input type="text"/> 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) <input type="text"/> 3</p> <p>AVORTEMENT <input type="text"/> 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GARÇ. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI <input type="text"/> 1 (AJOUTEZ GROSSESSE)</p> <p>NON <input type="text"/> 2 (GROSSESSE SUIVANTE)</p>
222A	<p>Avez-vous eu une grossesse qui s'est terminée depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> → AJOUTEZ AU TABLEAU</p> <p>NON <input type="checkbox"/> → ALLEZ À 223, LIGNE 1</p>						

SECTION 2. REPRODUCTION

	223	224	225	226	227	228
			SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE:			SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT
	<p>VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221:</p> <p>SI 216 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI 216=2 OU 3, ALORS VÉRIFIEZ 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ.</p> <p>SI 221 &lt; 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE.</p> <p>SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVO-LUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé(e) ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé(e) ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>
01	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>
02	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NO 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>
03	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 À LA LIGNE SUIVANTE)</p>

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
230	<p>COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE</p> <p>NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGAL À 212 <input type="checkbox"/></p> <p>NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/></p> <p>(INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←</p>		
231	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2016-2021, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)</p> <p>POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2016-2021, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE.</p> <p>SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
232	<p>Êtes-vous actuellement enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>PAS SÛRE ..... 8</p>	→ 236
233	<p>De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE</p>	<p>SEMAINES ..... 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS ..... 2 <input type="text"/></p>	
234	<p>Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 236
235	<p>VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES</p> <p>UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?</p> <p>b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?</p>	<p>PLUS TARD ..... 1</p> <p>PLUS/AUCUN ..... 2</p>	

# SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
236	<p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>IL Y A JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A SEMAINES ..... 2</p> <p>IL Y A MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A ANNÉES ..... 4</p> <p>_____</p> <p>(DATE, SI DONNÉE)</p>	<table border="1"> <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> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ..... 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE GROSSESSE ..... 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996</p>									<p>→ 240</p> <p>→ 241</p>
237	<p>VÉRIFIEZ 236 : EST-CE QUE LES DERNIÈRES RÈGLES ONT EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> UNE ANNÉE OU PLUS</p>		→ 240								
238	<p>Durant vos dernières règles, qu'avez-vous utilisé pour recueillir ou absorber le sang des règles ?</p> <p>Autre chose ?</p>	<p>SERVIETTES HYGIÉNIQUES RÉUTILISABLES A</p> <p>SERVIETTES HYGIÉNIQUES JETABLES ..... B</p> <p>TAMPONS ..... C</p> <p>COUPE MENSTRUELLE ..... D</p> <p>TISSU ..... E</p> <p>PAPIER TOILETTE ..... F</p> <p>COTON ..... G</p> <p>SOUS-VÊTEMENT SEULEMENT ..... H</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>RIEN ..... Y</p>									
239	<p>Durant vos dernières règles, est-ce que vous avez pu vous laver et vous changer en privé chez vous ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>LOIN DE LA MAISON PENDANT SES DERNIÈRES RÈGLES ..... 3</p>									
240	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premières règles ?</p>	<p>ÂGE ..... <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>									
241	<p>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>PAS SÛRE ..... 8</p>	→ 243								
242	<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 RÈGLES NE COMMENCENT ..... 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES ..... 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES ..... 4</p> <p>AUTRE ..... 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>									
243	<p>Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>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 de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de santé leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant trois mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2
04A	SAYANA PRESS : INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir tous les trois mois une injection connue sous le nom de DMPA faite par du personnel de santé ou par elles-mêmes pour leur éviter une grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
09	Pilule du lendemain. INSISTEZ : En cas d'urgence, les femmes peuvent prendre dans les 3 jours après des rapports sexuels non protégés, des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2
10	Méthode des Jours Fixes (MJF). INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	Méthode de l'Aménorrhée et de l'allaitement Maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI ..... 1 NON ..... 2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	
	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRECISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRECISEZ) NON ..... Y	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	<p>VÉRIFIEZ 232 :</p> <p align="center">PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>                      ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p align="center">OU PAS SÛRE ↓</p>		→ 317
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 307
304	<p>Est-ce que vous, ou votre partenaire, êtes stérilisé ?</p> <p>SI OUI : Qui est stérilisé, vous ou votre partenaire ?</p>	<p>OUI, ENQUÊTÉE STÉRILISÉE SEULEMENT ..... 1</p> <p>OUI, PARTENAIRE STÉRILISÉ SEULEMENT ..... 2</p> <p>OUI, LES DEUX STÉRILISÉS ..... 3</p> <p>NON, NI L'UN, NI L'AUTRE STÉRILISÉ ..... 4</p>	→ 306
305	<p>VÉRIFIEZ 304:</p> <p align="center">ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/>                      PARTENAIRE <input type="checkbox"/>                      LES DEUX <input type="checkbox"/></p> <p align="center">STÉRILISÉE SEULEMENT ↓                      STÉRILISÉ SEULEMENT ↓                      STÉRILISÉS ↓</p> <p align="center">PASSEZ À 307. ENCERCLEZ                      PASSEZ À 307. ENCERCLEZ                      PASSEZ À 307. ENCERCLEZ</p> <p align="center">CODE 'A'                      CODE 'B'                      CODE 'A' ET CODE 'B'</p> <p align="center">ET SUIVEZ L'INSTRUCTION                      ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE                      ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE</p> <p align="center">DE PASSAGE.                      PASSAGE.                      PASSAGE.</p>		
306	Juste pour être sûre, est-ce que vous ou votre partenaire faites l'une des choses suivantes pour éviter une grossesse : éviter délibérément les rapports sexuels certains jours, utiliser un condom, pratiquer le retrait ou utiliser la pilule du lendemain ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 317
307	<p>Quelle méthode utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</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 DU 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>	<p>→ 312</p> <p>→ 314</p> <p>→ 314</p> <p>→ 310</p> <p>→ 314</p> <p>→ 314</p>

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
308	Je vais vous montrer maintenant deux photos. Montrez-moi sur la photo ce qui ressemble le plus à ce qui a été utilisé la dernière fois que vous avez reçu votre injectable. MONTREZ DES PHOTOS DE SAYANA PRESS ET D'UNE SERINGUE NORMALE.	DMPA-SC/SAYANA PRESS ..... 1 AIGUILLE ET SERINGUE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 314
309	La dernière fois que vous avez reçu votre injectable, est-ce que vous vous êtes injecté vous-même DMPA-SC/Sayana Press ou c'est un prestataire de santé qui l'a fait pour vous ?	AUTO-INJECTION ..... 1 INJECTION FAITE PAR PRESTATAIRE DE SANTÉ ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 314
310	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	NORLEVO ..... 01 MICROLUT ..... 02 MICROVAL ..... 03 STEDIRIL ..... 04 MICROGYNON/ZINNIA ..... 05 PLANIF MINIDRIL ..... 06 ELLAONE ..... 07  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	→ 314
312	Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT .	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11 CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... 12 CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) ..... 13 CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14 CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) ..... 15 MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16 DISPENSARE ISOLÉ ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> POLYCLINIQUE ..... 21 CLINIQUE ..... 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 23 CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24 CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b> HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31 CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
313	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS ..... ANNÉE .....	→ 315
314	Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?  INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?	MOIS ..... ANNÉE .....	
315	VÉRIFIEZ 313 ET 314, ET 220 : UNE NAISSANCE VIVANTE, UN MORT-NÉ, UNE FAUSSE-COUCHE OU UN AVORTEMENT APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 313 OU 314?  NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> RETOURNEZ À 313 OU 314, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).		

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
316	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p align="center">ANNÉE EST 2016-2021 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p align="center">ENSUITE CONTINUEZ ↓</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p align="center">ANNÉE EST 2015 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2016.</p> <p align="center">ENSUITE ↖ (ALLEZ À 329)</p> </div> </div>		
317	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p><b>C</b> UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2016. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>		
317A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 317I
317C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE ..... <input type="text"/>	
317D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ?  ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	IMMÉDIATEMENT ..... 00 MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317F
317E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE ..... 95	→ 317H
317G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/>	
317I	RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.		

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
322	<p>Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 13</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 15</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 21</p> <p>CLINIQUE ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 23</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS .... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG / ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	
323	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 325
324	Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
325	Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous ressentiez ces effets secondaires ou ces problèmes ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
326	À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL(CHR) ..... 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 13</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 15</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 21</p> <p>CLINIQUE ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 23</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 332</p>
331	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
332	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé à base communautaire (ASBC) ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 334
333	Est-ce que l'agent de santé à base communautaire vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>OUI .....</p> <p>NON .....</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>1</p> <p>2</p> </div> </div>	→ 401
335	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>OUI .....</p> <p>NON .....</p> </div> <div style="text-align: right;"> <p>1</p> <p>2</p> </div> </div>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
415	<p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... A</p> <p>AUTRE MAISON ..... B</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>UNIVERSITAIRE (CHU) ..... C</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... D</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) ..... E</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... F</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) ..... G</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... H</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... I</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... J</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... K</p> <p>CLINIQUE ..... L</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... M</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... N</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... P</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG / ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... Q</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... R</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... S</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>
416	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	<p>SEMAINES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>MOIS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>
417	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>																																									
418	<p>Dans le cadre de vos soins prénatals durant cette grossesse, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :</p> <p>a) Vous a-t-on pris la tension artérielle ?</p> <p>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</p> <p>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</p> <p>d) A-t-on écouté les battements cardiaques du bébé ?</p> <p>e) Vous a-t-on parlé des aliments que vous devriez manger ?</p> <p>f) Vous a-t-on parlé de l'allaitement ?</p> <p>g) Vous a-t-on demandé si vous aviez eu des saignements vaginaux ?</p> <p>h) Vous a-t-on pesé ?</p> <p>i) A-t-on mesuré la hauteur utérine ?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>b) URINE . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>c) SANG . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>d) BATTEMENTS CARDIAQUES . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>e) ALIMENTS . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>f) ALLAITEMENT . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>g) SAIGNEMENTS . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>h) POIDS . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr> <td>i) HAUTEUR UTÉRINE . . . . .</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE . . .	1	2	8	b) URINE . . . . .	1	2	8	c) SANG . . . . .	1	2	8	d) BATTEMENTS CARDIAQUES . . .	1	2	8	e) ALIMENTS . . . . .	1	2	8	f) ALLAITEMENT . . . . .	1	2	8	g) SAIGNEMENTS . . . . .	1	2	8	h) POIDS . . . . .	1	2	8	i) HAUTEUR UTÉRINE . . . . .	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																								
a) PRESSION ARTÉRIELLE . . .	1	2	8																																								
b) URINE . . . . .	1	2	8																																								
c) SANG . . . . .	1	2	8																																								
d) BATTEMENTS CARDIAQUES . . .	1	2	8																																								
e) ALIMENTS . . . . .	1	2	8																																								
f) ALLAITEMENT . . . . .	1	2	8																																								
g) SAIGNEMENTS . . . . .	1	2	8																																								
h) POIDS . . . . .	1	2	8																																								
i) HAUTEUR UTÉRINE . . . . .	1	2	8																																								
419	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT GROSSESSE</p> <p> NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/>  LA PLUS RÉCENTE ↓ </p> <p> MORT-NÉ <input type="checkbox"/>  LE PLUS RÉCENT → </p>		426																																								
420	<p>Durant cette grossesse, est-ce que l'on vous a fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos après la naissance ?</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	→ 423																																								
421	<p>Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>																																									
422	<p>VÉRIFIEZ 421 :</p> <p> UNE FOIS OU NSP ↓  DEUX FOIS OU PLUS → </p>		426																																								
423	<p>À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	→ 426																																								
424	<p>Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu une injection contre le tétanos ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS ENREGISTREZ '7'.</p>	<p>NOMBRE DE FOIS . . . . . <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>																																									
425	<p>VÉRIFIEZ 424 :</p> <table> <tr> <td> <p>SEULE- MENT UNE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?</p> </td> <td> <p>PLUS D'UNE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?</p> </td> </tr> </table>	<p>SEULE- MENT UNE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?</p>	<p>PLUS D'UNE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?</p>	<p>IL Y A ANNÉES . . . . . <input type="text"/></p>																																							
<p>SEULE- MENT UNE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?</p>	<p>PLUS D'UNE <input type="checkbox"/></p> <p>b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?</p>																																										
426	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/ SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS</p>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 8</p>	→ 429																																								

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
427	<p>Où avez-vous obtenu les comprimés de fer ou le sirop contenant du fer ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE/DES ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... B</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... C</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... E</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... F</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... I</p> <p>CLINIQUE ..... J</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... K</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... L</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... N</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... O</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... P</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... Q</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... R</p> <p>MARCHÉ ..... S</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>_____ (PRÉCISEZ)</p>	
428	<p>Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
429	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
431	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris de la sulfadoxine pyrimétamine (SP) telle que le combimal, fansidar ou maloxine pour éviter le paludisme ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 434
432	<p>Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris les 3 comprimés de la SP ?</p>	<p>NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/></p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	<p>Vous a-t-on donné la SP durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ?</p> <p>SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.</p>	<p>VISITE PRÉNATALE ..... 1</p> <p>AUTRE VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2</p> <p>AILLEURS ..... 6</p>	
434	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dotted black; padding-left: 10px;"> <p>TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 3 OU 4 ↓</p> <p>b) Qui a assisté l'accouchement de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p> </div> </div> <p>INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... A</p> <p>CONSEILLERS DE SANTÉ ..... B</p> <p>SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT .. C</p> <p>INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... D</p> <p>ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... E</p> <p>ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... F</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... G</p> <p>AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... H</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>PERSONNE N'A ASSISTÉ ..... Y</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>	
435	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 1 OU 2 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> TYPE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 3 OU 4 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span></p> <p>a) Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>b) Où a eu lieu l'accouchement de cet enfant mort-né ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) ..... 23</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) ..... 25</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 28</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 31</p> <p>CLINIQUE ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 33</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG / ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 437</p> <p>→ 437</p>
436	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 1 OU 2 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span> TYPE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> 3 OU 4 <span style="display: inline-block; width: 10px; height: 10px; border: 1px solid black; vertical-align: middle;"></span></p> <p>a) Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p> <p>b) Est-ce que l'accouchement de cet enfant mort-né a eu lieu par césarienne, c'est-à-dire qu'on a ouvert votre ventre pour sortir le bébé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
437	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE	<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1</p> <p>NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3</p> <p>MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4</p>	<p>→ 441</p> <p>→ 445</p> <p>→ 487</p>
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM) sur votre poitrine ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 441</p>

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
439	Est-ce que la peau de (NOM) touchait votre peau ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 441
440	Combien de temps après la naissance, (NOM) a-t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ? SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTREZ EN HEURES; SINON, ENREGISTREZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
441	Quand (NOM) est né, 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	
442	(NOM) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 444
443	Combien (NOM) pesait-il/elle ?  INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998	
444	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE <input type="checkbox"/>		→ 480
445	VÉRIFIEZ 435 : LIEU D'ACCOUCHEMENT NAISSANCE ÉTABLISSEMENT: <input type="checkbox"/> UN CODE 21 À 46 ENCERCLÉ CODE 11, 12, OU 96 <input type="checkbox"/>		→ 464
446	Est-ce que dans l'établissement de santé, les médecins, les infirmières, les sages-femmes, les maïeuticiens ou les autres membres du personnel vous ont traitée avec respect tout le temps de votre séjour, une certaine partie ou pas du tout ?	TOUT LE TEMPS DU SÉJOUR ..... 1 UNE CERTAINE PARTIE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>							
447	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>TYPE GROSSESSE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À Q.435) ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>TYPE GROSSESSE 3 <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?</p> </div> </div> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>							
448	<p>Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée ?</p> <p>Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 451						
449	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 80px; height: 60px; display: flex; flex-direction: column; align-items: center; justify-content: center;"> <table border="1" style="width: 100%; height: 100%;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"></td><td style="width: 50%; height: 20px;"></td></tr> </table> </div> </div>							
450	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12</p> <p>SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT ..... 13</p> <p>INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14</p> <p>ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15</p> <p>ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) ..... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>							
451	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>LA PLUS RÉCENTE ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>MORT-NÉ <input type="checkbox"/></p> <p>LE PLUS RÉCENT</p> </div> </div>		→ 455						
452	<p>Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM).</p> <p>Avant que (NOM) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 455						

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>							
453	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998							
454	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12 SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT .. 13 INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14 ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16  <b>AUTRE PERSONNEL</b> AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... 21 AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)							
455	Je voudrais maintenant vous parler de ce qui s'est passé après votre départ de l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après avoir quitté l'établissement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 459						
456	Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998							
457	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PROF. DE LA SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 11 CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12 SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT .. 13 INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14 ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15 ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16  <b>AUTRE PERSONNEL</b> AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... 21 AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>							
458	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21</p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>RÉGIONAL (CHR) ..... 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC</p> <p>ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 23</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE</p> <p>PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 25</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC ..... 28</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 31</p> <p>CLINIQUE ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 33</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ ..... 36</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/</p> <p>ASSOCIATION ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>							
459	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p> NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> MORT-NÉ <input type="checkbox"/>  LA PLUS RÉCENTE LE PLUS RÉCENT </p>		<p>→ 474</p>						
460	<p>Après que (NOM) a quitté [ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À 435 ], est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 473</p>						
461	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	<table border="1" style="width: 80px; height: 60px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td></tr> </table>						

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
462	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12</p> <p>SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT .. 13</p> <p>INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14</p> <p>ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15</p> <p>ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	
463	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL(CHR) ..... 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 23</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 25</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 31</p> <p>CLINIQUE ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 33</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 473</p>

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>							
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>TYPE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p style="text-align: center;">1 ↓</p> <p>a) Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>TYPE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p style="text-align: center;">3 ↓</p> <p>b) Je voudrais vous parler des vérifications de votre état de santé après l'accouchement, par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée. Est-ce que quelqu'un vous a examinée après avoir accouché de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p> </div> </div>			<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 468				
465	<p>Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>							
466	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12</p> <p>SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT ..... 13</p> <p>INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14</p> <p>ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15</p> <p>ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>							

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
467	<p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21</p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>RÉGIONAL (CHR) ..... 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC</p> <p>ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT (HD) ..... 23</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE</p> <p>PROMOTION SOCIALE (CSPS) ..... 25</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC ..... 28</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 31</p> <p>CLINIQUE ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 33</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ ..... 36</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/</p> <p>ASSOCIATION ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
468	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p> NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> MORT-NÉ <input type="checkbox"/> </p> <p> LA PLUS RÉCENTE LE PLUS RÉCENT </p>		→ 474
469	<p>Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM).</p> <p>Après que (NOM) soit né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 473
470	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES;</p> <p>SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>SEMAINES ..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																								
471	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PROF. DE LA SANTÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>CONSEILLERS DE SANTÉ ..... 12</p> <p>SAGE-FEMME / MAÏEUTICIEN D'ÉTAT .. 13</p> <p>INFIRMIER/ATTACHE DE SANTÉ ..... 14</p> <p>ACCOUCHEUSE BREVETÉE ..... 15</p> <p>ACCOUCHEUSE AUXILIAIRE ..... 16</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>AGENT ITINÉRANT DE SANTÉ (AIS) .... 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ À BASE</p> <p>COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... 22</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																								
472	<p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>SA MAISON ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21</p> <p>CENTRE HOSPITALIER</p> <p>RÉGIONAL(CHR) ..... 22</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC</p> <p>ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/</p> <p>HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 23</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE</p> <p>PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 25</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>PUBLIC ..... 28</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 31</p> <p>CLINIQUE ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 33</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p>PRIVÉ ..... 36</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/</p> <p>ASSOCIATION ..... 46</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																								
473	<p>Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Il a examiné le cordon ?</p> <p>b) Il a vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ?</p> <p>d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ?</p> <p>e) Il a observé (NOM) en train d'être allaité ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMPÉRATURE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ATTENTION MÉDICALE ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) PARLÉ ALLAITEMENT ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON .....	1	2	8	b) TEMPÉRATURE .....	1	2	8	c) ATTENTION MÉDICALE ....	1	2	8	d) PARLÉ ALLAITEMENT ....	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8
	OUI	NON	NSP																							
a) CORDON .....	1	2	8																							
b) TEMPÉRATURE .....	1	2	8																							
c) ATTENTION MÉDICALE ....	1	2	8																							
d) PARLÉ ALLAITEMENT ....	1	2	8																							
e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8																							

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE		
474	<p>Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :</p> <p>a) Mesurer votre pression artérielle ?</p> <p>b) Parler de vos saignements vaginaux ?</p> <p>c) Discuter de planification familiale avec vous ?</p>		<p>OUI NON NSP</p> <p>a) PRESSION ARTÉRIELLE .. 1 2 8</p> <p>b) SAIGNEMENTS ..... 1 2 8</p> <p>c) PLANIFICATION FAMILIALE .. 1 2 8</p>	
475	<p>VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>			→ 479
476	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
477	<p>VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE</p> <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>OU PAS SÛRE</p>			→ 479
478	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/></p> <p>GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/></p> <p>a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?</p> <p>b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
479	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p>		<p>NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3</p> <p>FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5</p>	
480	<p>Avez-vous allaité (NOM) ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
481	<p>VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:</p> <p>VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></p>			→ 486 → 487
482	<p>Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ?</p> <p>SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>		<p>IMMÉDIATEMENT ..... 000</p> <p>HEURES ..... 1</p> <p>JOURS ..... 2</p>	
483	<p>Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger-quelque chose comme de l'eau, substitut du lait maternel, l'eau sucrée, jus de citron, bière locale ou tisane?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
484	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>VIVANT <input type="checkbox"/></div> <div>DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/></div> </div>		→ 487
485	Allaitez-vous encore (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
486	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
487	VÉRIFIEZ 402 : PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="width: 45%;"> AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE  (ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE) </div> <div style="width: 45%;"> PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE </div> </div>		→ 501

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

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

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																				
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																																																					
509	<p>RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DU CARNET DE SANTÉ OU D'AUTRES DOCUMENTS DE (NOM). INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>JOUR</th> <th>MOIS</th> <th>ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 2</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>FIÈVRE JAUNE (VAA) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVacTM) 1</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE	BCG				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2				VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3				VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2				DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3				PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1				PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2				PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3				ROTAVIRUS 1				ROTAVIRUS 2				ROTAVIRUS 3				ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 1				ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 2				FIÈVRE JAUNE (VAA) 1				VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVacTM) 1				VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)					
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																				
BCG																																																																																							
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0																																																																																							
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1																																																																																							
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																																							
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3																																																																																							
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																							
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																							
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																							
DTCOQ-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																							
PNEUMOCOQUE (PCV 13) 1																																																																																							
PNEUMOCOQUE (PCV 13) 2																																																																																							
PNEUMOCOQUE (PCV 13) 3																																																																																							
ROTAVIRUS 1																																																																																							
ROTAVIRUS 2																																																																																							
ROTAVIRUS 3																																																																																							
ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 1																																																																																							
ROUGEOLE/RUBÉOLE (VAR/RR/RRO) 2																																																																																							
FIÈVRE JAUNE (VAA) 1																																																																																							
VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVacTM) 1																																																																																							
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																							
510	<p>DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DU CARNET DE SANTÉ OU DE L' AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LE CARNET OU L'AUTRE DOCUMENT.</p>	<p>PHOTOGRAPHIE PRISE ..... 1</p> <p>PHOTOGRAPHIE NON PRISE, PERMISSION NON ACCORDÉE ..... 2</p> <p>PHOTOGRAPHIE NON PRISE, AUTRE RAISON ..... 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>																																																																																					
511	<p>VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À 'VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfriVacTM)' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ?</p> <p align="center">NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p>		→ 529																																																																																				

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

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

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
525	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 527
526	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
527	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 528A
528	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
528A	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la fièvre jaune, c'est-à-dire une injection dans la cuisse droite pour lui éviter la fièvre jaune?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
528B	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin MenAfriVac contre la méningite, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour lui éviter la méningite?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
529	Où (NOM) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 21 CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... 22 CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) ..... 23 CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 24 CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) ..... 25 MATERNITÉ ISOLÉE ..... 26 DISPENSARE ISOLÉ ..... 27 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> POLYCLINIQUE ..... 31 CLINIQUE ..... 32 CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) ..... 33 CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 34 CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 35 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG / ASSOCIATION</b> HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 41 CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 46 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> CAMPAGNE VACCINATION ..... 51 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
530	<p>VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 45%;"> <p>D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 503 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		601

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
601	VÉRIFIEZ 220, 224, ET 225 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 643
602	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).		
603	ENREGISTREZ LE NOM DE 218 ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
604	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'on a donné à (NOM) l'une des choses suivantes :  a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ? b) De la farine infantile enrichie (Misola, Laafi benré,...) ?  MONTREZ DES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS/ DE LA FARINE INFANTILE ENRICHIE (MISOLA, LAAFI BENRE,...)	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> a) COMPRIMÉS/SIROP ..... 1 2 8 b) DE LA FARINE INFANTILE ENRICHIE (MISOLA, LAAFI BENRE, ...) ..... 1 2 8	
605	Au cours des 6 derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
606	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
607	Au cours des 3 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire a:  a) mesuré le poids de (NOM) ? b) mesuré la longueur ou la taille de (NOM) ? c) mesuré la circonférence du bras à mi-hauteur/périmètre brachial de (NOM) ? d) contrôlé la présence d'œdème chez (NOM) ?	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> a) POIDS ..... 1 2 8 b) LONGUEUR/TAILLE ..... 1 2 8 c) PÉRIMÈTRE BRACHIAL ..... 1 2 8 d) OEDÈME ..... 1 2 8	
608	Au cours des deux dernières semaines, (NOM) a-t-il eu la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 618

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>															
609	<p>VÉRIFIEZ 485 : ALLAITÉ ACTUELLEMENT ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> </div> </div>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BEAUCOUP MOINS .....</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>UN PEU MOINS .....</td><td align="right">2</td></tr> <tr><td>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .....</td><td align="right">3</td></tr> <tr><td>PLUS .....</td><td align="right">4</td></tr> <tr><td>RIEN À BOIRE .....</td><td align="right">5</td></tr> <tr><td>NE SAIT PAS .....</td><td align="right">8</td></tr> </table>	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																
610	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>BEAUCOUP MOINS .....</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>UN PEU MOINS .....</td><td align="right">2</td></tr> <tr><td>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .....</td><td align="right">3</td></tr> <tr><td>PLUS .....</td><td align="right">4</td></tr> <tr><td>A STOPPÉ LA NOURRITURE .....</td><td align="right">5</td></tr> <tr><td>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .....</td><td align="right">6</td></tr> <tr><td>NE SAIT PAS .....</td><td align="right">8</td></tr> </table>	BEAUCOUP MOINS .....	1	UN PEU MOINS .....	2	ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ .....	3	PLUS .....	4	A STOPPÉ LA 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 LA NOURRITURE .....	5																
N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER .....	6																
NE SAIT PAS .....	8																
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>OUI .....</td><td align="right">1</td></tr> <tr><td>NON .....</td><td align="right">2</td></tr> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	→ 615										
OUI .....	1																
NON .....	2																

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
612	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... B</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... C</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... E</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... F</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... I</p> <p>CLINIQUE ..... J</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... K</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... L</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS .... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... N (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... O</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... P</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... Q (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... R</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... S</p> <p>MARCHÉ ..... T</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS U</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p>	
613	VÉRIFIEZ 612 :	DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS ↓	SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> CODE ENCERCLÉ → 615
614	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p>	PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/>	

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>	
615	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO ?</p> <p>b) Un liquide SRO pré conditionné ?</p> <p>c) Comprimés de zinc ou sirop ?</p> <p>d) Une solution maison recommandée par le gouvernement ?</p> <p>e) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé ReSoMal ?</p>	<p style="text-align: right;">OUI    NON    NSP</p> <p>a) LIQUIDE SACHET SRO    . . . .    1    2    8</p> <p>b) LIQUIDE SRO    . . . . .    1    2    8</p> <p>c) ZINC    . . . . .    1    2    8</p> <p>d) LIQUIDE MAISON    . . . . .    1    2    8</p> <p>e) RESOMAL    . . . . .    1    2    8</p>	
616	<p>VÉRIFIEZ 615 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>TOUT 'NON' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p> </div> </div>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>NE SAIT PAS    . . . . .    8</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">→ 618</div>
617	<p>VÉRIFIEZ 615 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Qu'a-t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>TOUT 'NON' <input type="checkbox"/> OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS</p>	<p><b>COMPRIMÉ OU SIROP</b></p> <p>ANTIBIOTIQUE    . . . . .    A</p> <p>ANTIMOTILITÉ    . . . . .    B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ)    . . . . .    C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU    . . . . .    D</p> <p><b>INJECTION</b></p> <p>ANTIBIOTIQUE    . . . . .    E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE    . . . . .    F</p> <p>INJECTION INCONNUE    . . . . .    G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE    . . . . .    H</p> <p>REMÈDE MAISON/HERBES MÉDICINALES    . . .    I</p> <p>AUTRE    _____    X</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p>	
618	<p>Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment ?</p>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>NE SAIT PAS    . . . . .    8</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">→ 621</div>
618a	<p>Avez-vous eu peur que cette fièvre pouvait être un signe que (NOM) aurait peut-être attrapé la COVID-19 ?</p>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>PAS AU COURANT DE COVID-19/ NE CONNAIT PAS COVID-19    . . . . .    8</p>	
619	<p>À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon pour un test ?</p>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>NE SAIT PAS    . . . . .    8</p>	
620	<p>Est-ce qu'un prestataire de santé vous a dit que (NOM) avait le paludisme ?</p>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>NE SAIT PAS    . . . . .    8</p>	
621	<p>Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment ?</p>	<p>OUI    . . . . .    1</p> <p>NON    . . . . .    2</p> <p>NE SAIT PAS    . . . . .    8</p>	

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
622	Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 624
623	Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ?	BRANCHE SEULEMENT ..... 1 NEZ SEULEMENT ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	→ 625
624	VÉRIFIEZ 618 : A EU DE LA FIÈVRE? OUI <input type="checkbox"/> NON OU <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS		→ 634
625	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 626
625a	Quelle est la principale raison pour laquelle n'êtes-vous pas allée dans une formation sanitaire pour rechercher des conseils ou un traitement contre cette fièvre ?	MANQUE D'ARGENT ..... 1 PAS DE FORMATION SANITAIRE À PROXIMITÉ ..... 2 PEUR D'ATTRAPER LA COVID ..... 3 ÉTAT DE SANTÉ JUGÉ PAS GRAVE ..... 4 AUTRE RAISON ..... 6 (PRÉCISEZ)	→ 630

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
626	<p>Où êtes-vous allé pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... A</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL (CHR) ..... B</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... C</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... D</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... E</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... F</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... I</p> <p>CLINIQUE ..... J</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... K</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... L</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... N (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG / ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... O</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... P</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... Q (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... R</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL ..... S</p> <p>MARCHÉ ..... T</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS U</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p>	
627	VÉRIFIEZ 626 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS	SEULEMENT UN <input type="checkbox"/> CODE ENCERCLÉ	→ 629
628	Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 626.	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>	
629	Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS <input type="text"/>	
630	À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 634

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	<input type="text"/>
631	<p>Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?</p> <p>Pas d'autre médicament ?</p> <p>INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE OU L'ORDONNANCE.</p>	<p><b>ANTIPALUDIQUES</b></p> <p>COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA) .... A</p> <p>SP/FANSIDAR ..... B</p> <p>CHLOROQUINE ..... C</p> <p>AMODIAQUINE ..... D</p> <p>QUININE</p> <p>COMPRIMÉS ..... E</p> <p>INJECTION/IV ..... F</p> <p>ARTESUNATE</p> <p>VOIE RECTALE ..... G</p> <p>INJECTION/IV ..... H</p> <p>AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ)</p> <p><b>ANTIBIOTIQUES</b></p> <p>AMOXICILLINE ..... J</p> <p>COTRIMOXAZOLE ..... K</p> <p>AUTRE COMPRIMÉ/SIROP ..... L</p> <p>AUTRE INJECTION/IV ..... M</p> <p><b>AUTRES MÉDICAMENTS</b></p> <p>ASPIRINE ..... N</p> <p>PARACÉTAMOL/PANADOL/ ACÉTAMINOPHÈNE ..... O</p> <p>IBUPROFÈNE ..... P</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
632	<p>VÉRIFIEZ 631: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ</p> <p>CODE 'A' <input type="checkbox"/> NON ENCERCLÉ</p>		<p>→ 634</p>
633	<p>Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ?</p>	<p>MÊME JOUR ..... 0</p> <p>JOUR SUIVANT ..... 1</p> <p>DEUX JOURS APRÈS LA FIÈVRE ..... 2</p> <p>TROIS JOURS OU PLUS APRÈS LA FIÈVRE ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
634	<p>VÉRIFIEZ 220, 224 ET 225 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?</p> <p>D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 603 POUR L'ENFANT SURVIVANT SUIVANT)</p> <p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 635</p>

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																								
635	<p>VÉRIFIEZ 220, 225 ET 226, TOUTES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center">UN OU PLUS <input type="checkbox"/>      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p align="center">_____ (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p align="center">↓</p>		643																																																																								
636	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM DE 635) a pris hier durant le jour ou la nuit. Donnez-moi tous les liquides que (NOM) a pris, qu'il les ait pris à la maison ou quelque part ailleurs.</p> <p>Hier durant le jour ou durant la nuit, est-ce que (NOM) a bu :</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) De l'eau plate?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Substitut du lait maternel comme Nan, Nativ, Guigoz, Primalac, Gallia, Nidal, Céla, Nido, ou France lait?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu un substitut du lait maternel?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. </td> <td colspan="2"> NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU UN SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL <input type="text"/> </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Du lait d'animaux, tel que du lait frais, en boîte, ou en poudre ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. </td> <td colspan="2"> NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ANIMAUX <input type="text"/> </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ? </td> <td colspan="2"> SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2 </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Du yaourt à boire tel que dégué?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il bu du yaourt ?  SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. </td> <td colspan="2"> NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU YAOURT <input type="text"/> </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Est-ce que le yaourt était un yaourt de type sucré ou aromatisé ? </td> <td colspan="2"> SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2 </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Du lait de soja, ou horchata?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ? </td> <td colspan="2"> SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2 </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Du gapal ou des boissons aromatisées au chocolat telles que Nesquick?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) Du jus de fruit, bissap, ou zoom koom?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>h) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Moka-café?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>i) Du thé, du café ou de la tisane ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td> SI OUI : la boisson était-elle sucrée ? </td> <td colspan="2"> SUCRÉE .... 1      2 </td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) De l'eau plate?	1	2	8	b) Substitut du lait maternel comme Nan, Nativ, Guigoz, Primalac, Gallia, Nidal, Céla, Nido, ou France lait?	1	2	8	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu un substitut du lait maternel? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU UN SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL <input type="text"/>		8	c) Du lait d'animaux, tel que du lait frais, en boîte, ou en poudre ?	1	2	8	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ANIMAUX <input type="text"/>		8	SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8	d) Du yaourt à boire tel que dégué?	1	2	8	SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il bu du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU YAOURT <input type="text"/>		8	SI OUI : Est-ce que le yaourt était un yaourt de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8	e) Du lait de soja, ou horchata?	1	2	8	SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8	f) Du gapal ou des boissons aromatisées au chocolat telles que Nesquick?	1	2	8	g) Du jus de fruit, bissap, ou zoom koom?	1	2	8	h) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Moka-café?	1	2	8	i) Du thé, du café ou de la tisane ?	1	2	8	SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE .... 1      2		8	j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																																								
a) De l'eau plate?	1	2	8																																																																								
b) Substitut du lait maternel comme Nan, Nativ, Guigoz, Primalac, Gallia, Nidal, Céla, Nido, ou France lait?	1	2	8																																																																								
SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu un substitut du lait maternel? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU UN SUBSTITUT DU LAIT MATERNEL <input type="text"/>		8																																																																								
c) Du lait d'animaux, tel que du lait frais, en boîte, ou en poudre ?	1	2	8																																																																								
SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ANIMAUX <input type="text"/>		8																																																																								
SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8																																																																								
d) Du yaourt à boire tel que dégué?	1	2	8																																																																								
SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il bu du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU YAOURT <input type="text"/>		8																																																																								
SI OUI : Est-ce que le yaourt était un yaourt de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8																																																																								
e) Du lait de soja, ou horchata?	1	2	8																																																																								
SI OUI : Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?	SUCRÉ/ AROMATISÉ .. 1      2		8																																																																								
f) Du gapal ou des boissons aromatisées au chocolat telles que Nesquick?	1	2	8																																																																								
g) Du jus de fruit, bissap, ou zoom koom?	1	2	8																																																																								
h) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Moka-café?	1	2	8																																																																								
i) Du thé, du café ou de la tisane ?	1	2	8																																																																								
SI OUI : la boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE .... 1      2		8																																																																								
j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?	1	2	8																																																																								

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	<p>k) D'autres liquides ?</p> <p>SI OUI : Quelle était la boisson ?</p> <p>SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?</p>	<p>k) ..... 1                      2                      8</p> <p>AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SUCRÉE .... 1                      2                      8</p>	
637	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM) a pris hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a mangés que ce soit à la maison ou quelque part d'autre. Veuillez inclure des collations et petits repas ainsi que des repas principaux.</p> <p>Je vais vous poser des questions sur différents aliments et je voudrais savoir si votre enfant a mangé cet aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé uniquement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p>	<p align="right">OUI                      NON                      NSP</p> <p>a) ..... 1                      2                      8</p> <p>SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des yaourts ? SI 7 FOIS OU PLUS , ENREGISTREZ '7'.</p> <p>NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/> 8</p>	
	b) Du riz, pain, pâtes alimentaires, bouillie, fonio, couscous, ou tô?	b) ..... 1                      2                      8	
	c) Des carottes, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur, ou des citrouilles qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur?	c) ..... 1                      2                      8	
	d) Des ignames, manioc, pomme de terre, patate douce à chair blanche, fufou, attiéké, ou banane plantain?	d) ..... 1                      2                      8	
	e) Babenda, feuilles de boubaka, feuilles de baobab, feuilles d'oseille, feuilles de moringa, ou feuilles sauvages?	e) ..... 1                      2                      8	
	1) Feuilles de haricot, feuilles de courge, feuilles d'aubergine, ou feuilles de patate douce?	1) ..... 1                      2                      8	
	f) N'importe quel autre légume tel que des tomates, aubergines, choux, gombos, fleurs de kapok ou d'autres légumes?	f) ..... 1                      2                      8	
	g) Des mangues mûres, papayes mûres, nérés, melons à chair orange, ou abricots?	g) ..... 1                      2                      8	
	h) N'importe quel autre fruit tel que des bananes, oranges, goyaves, pastèques, fruits de baobab, ou d'autres fruits?	h) ..... 1                      2                      8	
	i) Des abats?	i) ..... 1                      2                      8	
	j) Des saucisses, conserves de viande, ou jambon?	j) ..... 1                      2                      8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	k) N'importe quelle autre viande telle que le boeuf, la chèvre, le mouton, le porc, le poulet, la pintade, la viande sauvage, ou des oiseaux sauvages?	k) ..... 1                      2                      8	
	l) Des œufs ?	l) ..... 1                      2                      8	
	m) Du poisson frais, poisson séché, poisson fumé, ou des fruits de mer?	m) ..... 1                      2                      8	
	n) Des haricots secs (niébé), soja, pois de terre, lentilles, pois chiches?	n) ..... 1                      2                      8	
	o) De la pâte d'arachide, cacahuète, ou sésame?	o) ..... 1                      2                      8	
	p) Du fromage?	p) ..... 1                      2                      8	
	q) Des chenilles, éphémères ou criquets?	q) ..... 1                      2                      8	
	r) N'importe quelle nourriture sucrée telle que des biscuits, gateaux, galettes sucrée, crèmes glacées, bonbons, ou chocolat?	r) ..... 1                      2                      8	
	s) Chips, frites, aloco, frites de patates douces, frites d'igname, samsa, ou des beignets?	s) ..... 1                      2                      8	
	t) Huile de palme brute, non raffinée, de couleur rouge?	t) ..... 1                      2                      8	
	u) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ?  SI OUI : Quel était cet aliment ?  INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.  S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ	u) ..... 1                      2                      8  AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)	
638	VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'u') : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> → 640		
639	Est-ce que (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ?  SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM) a-t-il/elle mangés ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) (PUIS CONTINUEZ AVEC 640) NON ..... 2 → 641	
640	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	
641	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a dit comment nourrir (NOM) et quels aliments lui donner ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ A
642	La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINCÉES DANS TOILETTES OU LATRINES ..... 02 JETÉES/RINCÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 JETÉES AUX ORDURES ..... 04 ENTERRÉES ..... 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE ..... 06  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
643	<p>Je voudrais vous demander maintenant quels aliments et quelles boissons vous avez consommés hier durant le jour ou la nuit, que ce soit à la maison ou quelque part d'autre. Veuillez inclure des collations et petits repas ainsi que des repas principaux.</p> <p>Je vais vous poser des questions sur différents aliments et boissons et je voudrais savoir si vous avez mangé un aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé uniquement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que vous avez mangé :</p> <p>a) Du riz, pain, pâtes alimentaires, bouillie, fonio, couscous, ou tô?</p> <hr/> <p>b) Des carottes, patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur, ou des citrouilles qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur?</p> <hr/> <p>c) Des ignames, manioc, pomme de terre, patate douce à chair blanche, fufou, attiéké, ou banane plantain?</p> <hr/> <p>d) De la sauce feuille, babenda, feuilles de boulvaka, feuilles de baobab, feuilles d'oseille, feuilles de moringa, ou feuilles sauvages?</p> <hr/> <p>1) Feuilles de haricot, feuilles de courge, feuilles d'aubergine, ou feuilles de patate douce?</p> <hr/> <p>e) N'importe quelle autre légumes tels que des tomates, aubergines, choux, gombos, fleurs de kapok, haricots verts, poivrons ou d'autres légumes?</p> <hr/> <p>f) Des mangues mûres, papayes mûres, néré, melon à chair orange, ou abricot?</p> <hr/> <p>g) N'importe quel autre fruit tel que des bananes, oranges, goyaves, pastèques, fruits de baobab, ou d'autres fruits?</p> <hr/> <p>h) Les abats?</p> <hr/> <p>i) Des saucisses, conserves de viande, ou jambon?</p>	<p>a) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>b) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>c) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>d) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>1) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>e) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>f) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>g) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>h) ..... 1                      2                      8</p> <hr/> <p>i) ..... 1                      2                      8</p>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	j) N'importe quelle autre viande telle que le boeuf, la chèvre, le mouton, le porc, le poulet, la pintade, la viande sauvage, ou des oiseaux sauvages?	j) ..... 1                      2                      8	
	k) Des œufs ?	k) ..... 1                      2                      8	
	l) Du poisson frais, poisson séché, poisson fumé, ou des fruits de mer?	l) ..... 1                      2                      8	
	m) Des haricots secs (niébé), lentilles, soja, pois chiches, ou pois de terre?	m) ..... 1                      2                      8	
	n) Des cacahuètes, arachides, pâtes d'arachide, noix de cajou, ou sésame?	n) ..... 1                      2                      8	
	o) Lait frais, lait en poudre, fromage, yaourt, lait caillé, ou dègué?	o) ..... 1                      2                      8	
	p) Des chenilles, éphémères ou criquets?	p) ..... 1                      2                      8	
	q) N'importe quelle nourriture sucrée telle que des biscuits, gateaux, galettes sucrée, crèmes glacées, bonbons, ou chocolat?	q) ..... 1                      2                      8	
	r) Chips, frites, alogo, frites de patates douces, frites d'igname, samsa, ou des beignets?	r) ..... 1                      2                      8	
	s) Jus de fruit, bissap, ou zoom koom?	s) ..... 1                      2                      8	
	t) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Moka-café?	t) ..... 1                      2                      8	
	u) Du café sucré, thé sucré, gapal, nesquick, ou chicoré?	u) ..... 1                      2                      8	
	v) Huile de palme brute, non raffinée, de couleur rouge?	v) ..... 1                      2                      8	
	w) D'autres liquides ?  SI OUI : Quelle était la boisson ?   SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	w) ..... 1                      2                      8  AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)  SUCRÉE . . . . 1                      2                      8	
	x) D'autres aliments ?  SI OUI : Quelle était l'aliment ?   INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>.  S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	x) ..... 1                      2                      8  AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre</p> </div> </div>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 717
716	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
717	<p>VÉRIFIEZ 714 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> <p>MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></p> </div>		→ 721
718	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME</p> <p>NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION</p> </div>		→ 721
719	Je voudrais vous poser des questions sur votre (mari/partenaire) actuel. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ?	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 721
720	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre pour la première fois avec votre (mari/partenaire) actuel ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
722	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ..... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 738

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
723	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS ..... 1 IL Y A DES SEMAINES .... 2 IL Y A DES MOIS ..... 3 IL Y A DES ANNÉES ..... 4	<div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> </div> <input type="checkbox"/> → 737
724	VÉRIFIEZ 232 : <div>           PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>            OU PAS SÛRE ↓         </div> <div>           ENCEINTE <input type="checkbox"/> → 727         </div>		
725	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 727
726	Quelle méthode avez-vous utilisé ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H PILULE DU LENDEMAIN ..... I MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y	<input type="checkbox"/> → 729
727	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom/préservatif masculin ou féminin a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 730

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom/préservatif masculin ou féminin la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL(CHR) ..... 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 13</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 15</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 21</p> <p>CLINIQUE ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 23</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 42</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
730	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ... 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)</p>	
731	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737
732	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom/préservatif masculin ou féminin a été utilisé ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
733	<p>Quelle était votre relation avec cette deuxième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)</p>													
734	<p>À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737												
735	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom/préservatif masculin ou féminin a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>													
736	<p>Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI ..... 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE ..... 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)</p>													
737	<p>En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PARTENAIRES EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES DANS LA VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>													
738	<p>PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION</p>	<table> <tr> <td></td><td>OUI</td><td>NON</td></tr> <tr> <td>ENFANTS &lt;10 ans .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES .....</td><td>1</td><td>2</td></tr> </table>		OUI	NON	ENFANTS <10 ans .....	1	2	HOMMES ADULTES .....	1	2	FEMMES ADULTES .....	1	2	
	OUI	NON													
ENFANTS <10 ans .....	1	2													
HOMMES ADULTES .....	1	2													
FEMMES ADULTES .....	1	2													

**SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		813
802	VÉRIFIEZ 232 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	805 812
804	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	807 813 811
805	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 994 APRÈS LE MARIAGE ..... 995 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998	811 813 811
806	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		812
807	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>		813
808	VÉRIFIEZ 805 : '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>		812
809	VÉRIFIEZ 723 : IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/> IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/>		811 811

**SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
810	<p>VÉRIFIEZ 804 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas (plus) d' enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> </div> </div> <p>ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>PAS MARIÉE ..... A</p> <p><b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b></p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F</p> <p>ALLAITE ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p><b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b></p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS ..... K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p><b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b></p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT ..... N</p> <p><b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b></p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER ..... O</p> <p>MODIFICATIONS MENSTRUELLES ..... P</p> <p>MÉTHODES PEUVENT RENDRE INFERTILES ..... Q</p> <p>INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... R</p> <p>AUTRES EFFETS SECONDAIRES ..... S</p> <p><b>COÛT/ACCÈS/DISPONIBILITÉ</b></p> <p>MANQUE D'ACCÈS/TROP ÉLOIGNÉ ..... T</p> <p>COÛT TROP ÉLEVÉ ..... U</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... V</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... W</p> <p>AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
811	<p>VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <p>NON <input type="checkbox"/> POSÉE</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p> </div>		→ 813
812	<p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
813	<p>VÉRIFIEZ 224 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> </div> </div>	<p>AUCUN ..... 00</p> <p>NOMBRE ..... <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 815</p>

**SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
814	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>GARÇONS</span> <span>FILLES</span> <span>PEU IMPORTE</span> </div> <div style="display: flex; align-items: center;"> NOMBRE . .  <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> <div style="display: flex; align-items: center; margin-top: 5px;"> AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) </div>	
815	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ? e) Vu quelque chose sur la planification familiale dans les média sociaux comme Facebook, Twitter, Instagram ou WhatsApp ? f) Vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, un dépliant, une brochure ? g) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ou un panneau d'affichage à l'extérieur ? h) Entendu quelque chose sur la planification familiale lors d'une réunion ou à l'occasion d'évènements dans la communauté ?	<div style="display: flex; justify-content: flex-end; margin-bottom: 10px;"> <span>OUI</span> <span>NON</span> </div> <div style="display: flex;"> <div style="flex: 1;">           a) RADIO .....            b) TÉLÉVISION .....            c) JOURNAL OU MAGAZINE .....            d) TÉLÉPHONE PORTABLE .....            e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM/WHATSAPP ....            f) POSTER/DÉPLIANT/BROCHURE ..            g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE ..            h) RÉUNIONS/ÉVÈVEMENTS DANS COMMUNAUTÉ .....         </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;">           1 1 1 1 1 1 1 1         </div> <div style="flex: 0.2; text-align: center;">           2 2 2 2 2 2 2 2         </div> </div>	
817	VÉRIFIEZ 701 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             OUI, <input type="checkbox"/>              ACTUELLEMENT MARIÉE           </div> <div style="text-align: center;">             OUI, <input type="checkbox"/>              VIT AVEC UN HOMME           </div> <div style="text-align: center;">             NON, <input type="checkbox"/>              PAS EN UNION           </div> </div>		→ 901
818	Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	→ 820  → 820
819	Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?	COMPTE DAVANTAGE ..... 1 COMPTE AUTANT ..... 2 COMPTE MOINS ..... 3	
820	Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne le vouliez pas ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
821	VÉRIFIEZ 307 : <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">             NON POSÉE <input type="checkbox"/>              ↓           </div> <div style="text-align: center;">             NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ ↓           </div> <div style="text-align: center;">             IL OU ELLE <input type="checkbox"/>              STÉRILISÉ           </div> </div>		→ 901
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																		
901	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 909																																		
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES .... <input type="text"/>																																			
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 906																																		
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2ième cycle ou supérieur ?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 <sup>er</sup> CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2 <sup>ème</sup> CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 906																																		
905	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI LE NOMBRE D'ANNÉES ACHEVÉES EST INFÉRIEUR À 1 ANNÉE À CE NIVEAU, ENREGISTREZ '00'.  VOIR CODES CI-DESSOUS	[CLASSE/ANNÉE] ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98																																			
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 908																																		
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 909																																		
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/>																																			
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913																																		
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913																																		
<p align="center"><b>Codes pour Q.905</b></p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAU</th> <th>PRIMAIRE</th> <th>SECONDAIRE 1er CYCLE</th> <th>SECONDAIRE 2ème CYCLE</th> <th>SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7">ANNÉE/CLASSE</td> <td>MOINS D'1 AN =00</td> <td>MOINS D'1 AN =00</td> <td>MOINS D'1 AN =00</td> <td>MOINS D'1 AN .....=00</td> </tr> <tr> <td>CP1 ..... =01</td> <td>6<sup>ième</sup> ..... =01</td> <td>2<sup>ème</sup> ..... =01</td> <td>1<sup>ère</sup> ANNÉE .....=01</td> </tr> <tr> <td>CP2 ..... =02</td> <td>5<sup>ième</sup> ..... =02</td> <td>1<sup>ère</sup> ..... =02</td> <td>2<sup>ème</sup> ANNÉE .....=02</td> </tr> <tr> <td>CE1 ..... =03</td> <td>4<sup>ième</sup> ..... =03</td> <td>TERMINALE .. =03</td> <td>3<sup>ème</sup> ANNÉE .....=03</td> </tr> <tr> <td>CE2 ..... =04</td> <td>3<sup>ième</sup> ..... =04</td> <td>FPP ..... =04</td> <td>4<sup>ème</sup> ANNÉE .....=04</td> </tr> <tr> <td>CM1 ..... =05</td> <td>FPP ..... =05</td> <td></td> <td>5<sup>ème</sup> ANNÉE OU PLUS =05</td> </tr> <tr> <td>CM2 ..... =06</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE	SECONDAIRE 2ème CYCLE	SUPÉRIEUR	ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN .....=00	CP1 ..... =01	6 <sup>ième</sup> ..... =01	2 <sup>ème</sup> ..... =01	1 <sup>ère</sup> ANNÉE .....=01	CP2 ..... =02	5 <sup>ième</sup> ..... =02	1 <sup>ère</sup> ..... =02	2 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=02	CE1 ..... =03	4 <sup>ième</sup> ..... =03	TERMINALE .. =03	3 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=03	CE2 ..... =04	3 <sup>ième</sup> ..... =04	FPP ..... =04	4 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=04	CM1 ..... =05	FPP ..... =05		5 <sup>ème</sup> ANNÉE OU PLUS =05	CM2 ..... =06			
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er CYCLE	SECONDAIRE 2ème CYCLE	SUPÉRIEUR																																	
ANNÉE/CLASSE	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN =00	MOINS D'1 AN .....=00																																	
	CP1 ..... =01	6 <sup>ième</sup> ..... =01	2 <sup>ème</sup> ..... =01	1 <sup>ère</sup> ANNÉE .....=01																																	
	CP2 ..... =02	5 <sup>ième</sup> ..... =02	1 <sup>ère</sup> ..... =02	2 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=02																																	
	CE1 ..... =03	4 <sup>ième</sup> ..... =03	TERMINALE .. =03	3 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=03																																	
	CE2 ..... =04	3 <sup>ième</sup> ..... =04	FPP ..... =04	4 <sup>ème</sup> ANNÉE .....=04																																	
	CM1 ..... =05	FPP ..... =05		5 <sup>ème</sup> ANNÉE OU PLUS =05																																	
	CM2 ..... =06																																				

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter parce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé de maternité ou pour une autre raison ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____	
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
917	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓  PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		→ 925
918	VÉRIFIEZ 916 :  CODE '1' OU '2' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓  AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	
920	Est-ce que vous pensez que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI ..... 1 MOINS QUE LUI ..... 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	→ 922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6	
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 928
926	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 928
927	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT ..... 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT ..... 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT ..... 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE ..... 04 SEULE ET CONJOINTEMENT ..... 05 N'EN POSSÈDE PAS ..... 06	→ 931
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 931
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<div> <div>PRES./</div> <div>PRES./ N'ÉCOUTE PAS</div> <div>ÉCOUTE. PAS. PRES.</div> </div> <div> <div>ENFANTS &lt; 10 . . . . .</div> <div>MARI . . . . .</div> <div>AUTRES HOMMES . . . .</div> <div>AUTRES FEMMES . . . .</div> </div> <div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> </div> <div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> </div> <div> <div>3</div> <div>3</div> <div>3</div> <div>3</div> </div>	
932	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>a) Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>b) Si elle néglige les enfants ?</p> <p>c) Si elle argumente avec lui ?</p> <p>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>e) Si elle crame la nourriture ?</p>	<div> <div>OUI</div> <div>NON</div> <div>NSP</div> </div> <div> <div>a) SORT SANS LE LUI DIRE</div> <div>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</div> <div>c) ARGUMENTE . . . . .</div> <div>d) REFUSE</div> <div>RAP. SEXUELS . .</div> <div>e) CRAME NOURRITURE</div> </div> <div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> <div>1</div> </div> <div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> <div>2</div> </div> <div> <div>8</div> <div>8</div> <div>8</div> <div>8</div> <div>8</div> <div>8</div> </div>	

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1002	<p>VÉRIFIEZ 111 : ÂGE</p> <p align="center"> 15-24 ANS <input type="checkbox"/> <span style="margin-left: 100px;">25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/></span> </p> <p align="right">→ 1008</p>		
1003	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1005A	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel avec un partenaire occasionnel non régulier ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1008	Avez-vous entendu parler des ARV, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1009
1008A	Combien de temps dure le traitement du VIH par anti rétroviraux ?	À VIE ..... 1 QUELQUES ANNÉES ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1010	Avez-vous entendu parler de la prophylaxie pré-exposition ou PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012
1011	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1012	<p>VÉRIFIEZ 220 ET 223 :</p> <p align="center"> AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> → 1024  DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> → 1024  DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> → 1024 </p>		
1013	<p>VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1'):</p> <p align="center"> A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1018  PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> </p>		

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1014	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
1015	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1018
1016	Où le test a-t-il été fait ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11 CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL(CHR) ..... 12 CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 13 CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14 CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 15 MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16 DISPENSAIRE ISOLÉ ..... 17 AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> POLYCLINIQUE ..... 21 CLINIQUE ..... 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 23 CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24 CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b> HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31 CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> MAISON ..... 41 LIEU DE TRAVAIL ..... 42 CENTRE DE DÉTENTION ..... 43  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1017	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1018	<b>VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1') :</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>           UN CODE <input type="checkbox"/>            '21-46' ENCERCLÉ         </div> <div>           AUTRE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 1021
1019	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1021
1020	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1022

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1021	VÉRIFIEZ 1015 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div>OUI <input type="checkbox"/> ↓</div> <div>NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE</div> </div>		→ 1024
1022	Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez fait ce test durant votre grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1025
1023	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→ 1028
1024	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1032
1025	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1026	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE (CHU) ..... 11</p> <p>CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL(CHR) ..... 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL AVEC ANTENNE CHIRURGICALE (CMA)/ HÔPITAL DE DISTRICT (HD) .... 13</p> <p>CENTRE MÉDICAL (CM) ..... 14</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ET DE PROMOTION SOCIALE (CSPS) .... 15</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ..... 16</p> <p>DISPENSARE ISOLÉ ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>POLYCLINIQUE ..... 21</p> <p>CLINIQUE ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ (CMP) .... 23</p> <p>CLINIQUE D'ACCOUCHEMENT ..... 24</p> <p>CABINET DE SOINS INFIRMIERS ..... 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG /ASSOCIATION</b></p> <p>HÔPITAL ONG/ASSOCIATION ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG/ASSOCIATION ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG/ ASSOCIATION ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>MAISON ..... 41</p> <p>LIEU DE TRAVAIL ..... 42</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION ..... 43</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	
1027	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1031
1028	Quel était le résultat du test ?	<p>POSITIF ..... 1</p> <p>NEGATIF ..... 2</p> <p>INDÉTERMINÉ ..... 3</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE ..... 4</p> <p>N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT DU TEST .... 5</p>	→ 1031
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p> <p>MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH 95</p>	

## SECTION 10. VIH/SIDA

1036	<p>VÉRIFIEZ 1028 :</p> <p>CODE '1' ENCLERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p>	1040
------	---	------

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1037	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH.  Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1038
1037A	À qui avez-vous révélé, en premier, votre statut de personne vivant avec le VIH ?	MARI/PARTENAIRE ..... 01 AUTRE MEMBRE DE SA PROPRE FAMILLE ..... 02 MEMBRE DE LA FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE ..... 03 AMI ..... 04 VOISIN ..... 05 LEADER RELIGIEUX ..... 06  AUTRE PERSONNE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1038	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2	
1039	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :  a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission. c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH. d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH. e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.	<div style="text-align: right; margin-bottom: 10px;">OUI      NON</div> a) GENS ONT MAL PARLÉ DE MOI ..... 1      2  b) RÉVÉLÉ MON STATUT ..... 1      2  c) INSULTÉ ..... 1      2  d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ DE MOI ..... 1      2  e) PERSONNEL DE SANTÉ VERBALEMENT AGRESSIF .. 1      2	
1040	À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1041	VÉRIFIEZ 722 :  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 1046
1042	VÉRIFIEZ 1040 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 1044
1043	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	
1044	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	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1045	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	
1046	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle demande qu'un condom soit utilisé quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1047	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1048	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME ↓</p>		→ 1101
1049	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	
1050	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 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À			
1101	Combien de minutes faut-il pour aller de votre maison à l'établissement de santé le plus proche, qui peut être un hôpital, une clinique, un centre de santé, un cabinet médical, une maternité ou un dispensaire ?	MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de santé depuis votre maison ?  SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCELRÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	<b>MOTORSÉ</b> VOITURE/CAMION ..... 01 BUS PUBLIC ..... 02 MOTOCYCLETTE/SCOOTER ..... 03 PIROGUE À MOTEUR ..... 04 TRICYCLE ..... 05  <b>NON MOTORSÉ</b> CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL .. 06 BICYCLETTE ..... 07 PIROGUE SANS MOTEUR ..... 08 EN MARCHANT ..... 09  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)				
1103	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8				
1104	Je vais maintenant vous poser des questions sur des tests qu'un prestataire de santé peut faire pour le cancer du col utérin qui est le cancer dans le col de l'utérus. Le cervix ou col de l'utérus relie l'utérus au vagin. Pour faire un dépistage du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos avec les jambes relevées. Le prestataire de santé utilise ensuite une petite brosse ou une petite tige pour prélever un échantillon de cellules à l'intérieur du col de l'utérus. Le prélèvement est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Le test est appelé frottis vaginal ou test du VPH. Il existe une autre méthode appelée IVA ou Inspection Visuelle à l'Acide Acétique. Au cours de ce test, le prestataire de santé applique du vinaigre sur le col de l'utérus pour voir s'il se produit une réaction.					
1105	Est-ce que vous avez déjà été testée par un médecin ou un autre prestataire de santé pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8				
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière. Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1108			
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
1108	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1110			
1109	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	KRETEKS ..... A PIPES REMPLIES DE TABAC ..... B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS .. C PIPE À EAU/CHICHA ..... D TABAC À CHIQUER ..... E SNUFF À PRISER ..... F TABAC À MÂCHER ..... G CHIQUE DE BETEL AVEC TABAC ..... H  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)				

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1110	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool. Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs, du dolo ou du baanguii?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1113															
1111	Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, un verre de liqueur ou une calebassée de dolo ou de baanguii est un verre d'alcool. Au cours du mois dernier, combien de jours avez-vous bu au moins un verre d'alcool ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND 'CHAQUE JOUR ' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR , ' ENCERCLEZ LE CODE '95'.	N'A MÊME PAS BU UN VERRE ..... 00  NOMBRE DE JOURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>  CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 95	→ 1113															
1112	Au cours du mois dernier, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres avez-vous bus par jour?	NOMBRE DE VERRES ..... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																
1113	Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou bien ce n'est pas un problème important :	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th><th>PROBLÈME IMPORTANT</th><th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</td><td>a) PERMISSION ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</td><td>b) OBTENIR L'ARGENT .. 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</td><td>c) DISTANCE ..... 1</td><td>2</td></tr> <tr> <td>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</td><td>d) ALLER SEULE ..... 1</td><td>2</td></tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?	a) PERMISSION ..... 1	2	b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?	b) OBTENIR L'ARGENT .. 1	2	c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?	c) DISTANCE ..... 1	2	d) Ne pas vouloir y aller seule ?	d) ALLER SEULE ..... 1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?	a) PERMISSION ..... 1	2																
b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?	b) OBTENIR L'ARGENT .. 1	2																
c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?	c) DISTANCE ..... 1	2																
d) Ne pas vouloir y aller seule ?	d) ALLER SEULE ..... 1	2																
1114	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1201															
1115	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR ..... B SÉCURITÉ SOCIALE ..... C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE ..... D  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)																

SECTION 12. CONNAISSANCE ET CROYANCES SUR LE PALUDISME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1201	Au cours des six derniers mois, avez-vous vu ou entendu des messages sur le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1203
1202	Où avez-vous vu ou entendu ces messages ?  Quelque part d'autre ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	RADIO ..... A TÉLÉVISION ..... B POSTER/PANNEAU D'AFFICHAGE ..... C JOURNAL/MAGAZINE ..... D DÉPLIANT/BROCHURE ..... E PRESTATAIRE DE SANTÉ ..... F AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) ..... G ANIMATEURS ..... H RÉSEAUX SOCIAUX ..... I  AILLEURS ..... X (PRÉCISEZ) NE SE SOUVIENT PAS ..... Z	
1203	Est-ce qu'il existe des moyens d'éviter de contracter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1205
1204	Quelles sont les choses que les gens peuvent faire pour éviter de contracter le paludisme ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE ..... A DORMIR SOUS UNE MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE ..... B UTILISER DES PRODUITS RÉPULSIFS CONTRE LES MOUSTIQUES ..... C PRENDRE DES MÉDICAMENTS PRÉVENTIFS ... D ASPERGER LA MAISON D'INSECTICIDE ..... E RECOUVRIR LES EAUX STAGNANTES (FLAQUES D'EAU) ..... F GARDER LES ALENTOURS PROPRES ..... G METTRE DES MOUSTIQUAIRES AUX FENÊTRES ..... H EN UTILISANT UN SERPENTIN ANTI-MOUSTIQUES ..... I DECOCTION/JUS DE PLANTE/RACINE À BOIRE À TITRE PRÉVENTIF ..... J GRILLAGES AUX FENÊTRE ..... K EN UTILISANT DES PLAQUETTES ELECTRIQUES ..... L CLIMATISEURS/VENTILATEURS ..... M SE COUVRIR LE CORPS ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z	
1205	Maintenant, je vais vous lire des déclarations et je voudrais que vous disiez si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec ces déclarations. Si vous ne savez pas, répondez, je ne sais pas.  Dans cette communauté, les gens ont du paludisme seulement pendant la saison des pluies. Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1206	Quand un enfant a de la fièvre, vous vous inquiétez toujours en pensant que c'est peut-être le paludisme.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

SECTION 12. CONNAISSANCE ET CROYANCES SUR LE PALUDISME

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1207	Avoir le paludisme n'est pas un problème car on peut le traiter facilement.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1208	Seuls les enfants affaiblis peuvent décéder du paludisme.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1209	Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a beaucoup de moustiques.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1210	Vous pouvez dormir sous une moustiquaire pendant la nuit entière quand il y a peu de moustiques.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211	Vous n'aimez pas dormir sous une moustiquaire quand le temps est trop chaud.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211a	Vous préférez dormir sous une moustiquaire de forme rectangulaire.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211b	Vous préférez dormir sous une moustiquaire de forme pyramidale.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211c	Vous préférez dormir sous une moustiquaire de type polyester, qui est doux au toucher.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211d	Vous préférez dormir sous une moustiquaire de type polyéthylène, qui est dur au toucher.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1211e	Vous préférez dormir sous une moustiquaire d'une autre couleur que le blanc.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1212	Quand un enfant a de la fièvre, il vaut mieux commencer par lui donner des médicaments que vous avez à la maison.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
1213	Dans votre communauté, les gens amènent leur enfant consulter un prestataire de santé le jour même ou le jour suivant l'apparition de la fièvre.  Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	

SECTION 12. CONNAISSANCE ET CROYANCES SUR LE PALUDISME

N0.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1214	Dans votre communauté, les gens qui ont une moustiquaire dorment habituellement sous la moustiquaire chaque nuit.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 8	
	Êtes-vous d'accord ou pas d'accord ?		

SECTION 13. FISTULE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1301	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 ou une blessure grave.  Avez-vous actuellement, en permanence, durant le jour et la nuit, des pertes urinaires ou fécales par le vagin ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1304
1302	Avez-vous déjà eu ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1304
1303	Avez-vous déjà entendu parler de ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1401
1304	Est-ce-que ce problème a commencé après un accouchement ou une fausse-couche ?	APRÈS UN ACCOUCHEMENT ..... 1 APRÈS UNE FAUSSE-COUCHE ..... 2 NI L'UN NI L'AUTRE ..... 3	→ 1306
1305	Est-ce que ce problème a commencé après un travail et un accouchement normaux ou après un travail et un accouchement très difficiles ?	TRAVAIL/ACCOUCHEM. NORMAL ..... 1 TRAVAIL/ACCOUCHEM. TRÈS DIFFICILE ..... 2	→ 1307
1306	Selon vous, qu'est-ce qui a causé ce problème ?	OPÉRATION DU PELVIS ..... 1 AGRESSION SEXUELLE ..... 2 AUTRE BLESSURE ..... 3  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8	→ 1308
1307	Combien de jours après (CAUSE DU PROBLÈME DE 1304 OU 1306) les pertes ont-elles commencé ?  INSCRIVEZ 90 SI 90 JOURS OU PLUS.	NOMBRE DE JOURS APRÈS ACCOUCH/AUTRE ÉVÈNEM. .... <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
1308	Avez-vous recherché un traitement pour ce problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1310
1309	Pourquoi n'avez-vous pas recherché de traitement ?  INSISTEZ ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NE SAVAIT PAS QU'ON POUVAIT RÉPARER ..... A NE SAVAIT PAS OU ALLER ..... B TROP CHER ..... C TROP ÉLOIGNÉ ..... D MAUVAISE QUALITÉ DES SOINS ..... E N'A PAS PU OBTENIR PERMISSION ..... F GÊNÉE ..... G PROBLÈME A DISPARU ..... H  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	→ 1401
1310	Auprès de qui avez-vous recherché un traitement en dernier ?	<b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 1 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 2 <b>AUTRE PERSONNE</b> AGENT DE SANTÉ À BASE COMMUNAUTAIRE (ASBC) / VILLAGEOISE ..... 3 TRADIPRATICIEN ..... 4  AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	

SECTION 13. FISTULE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1311	Avez-vous eu une opération pour résoudre le problème ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1312	Est-ce que le traitement a stoppé complètement les pertes ?  SI NON : Est-ce que le traitement a réduit les pertes ?	OUI, PERTES STOPPÉES COMPLÈTEMENT ..... 1 PERTES NON STOPPÉES MAIS RÉDUITES ..... 2 PERTES PAS STOPPÉES DU TOUT ..... 3 N'A PAS REÇU DE TRAITEMENT ..... 4	

**SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																												
1401	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <p><b>NE REMPLISSEZ PAS ENCORE L'ORDRE DES FRÈRES ET SOEURS.</b></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:35%;">NOM</th> <th style="width:15%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> <th style="width:35%;">NOM</th> <th style="width:15%;">NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>k _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>l _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>m _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>n _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>o _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>p _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>q _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>r _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>s _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> <td>t _____</td> <td><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></td> </tr> </tbody> </table>	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE	a _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	k _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	b _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	l _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	c _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	m _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	d _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	n _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	e _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	o _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	f _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	p _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	g _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	q _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	h _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	r _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	i _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	s _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	j _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	t _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>		
NOM	NUMÉRO D'ORDRE	NOM	NUMÉRO D'ORDRE																																												
a _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	k _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
b _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	l _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
c _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	m _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
d _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	n _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
e _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	o _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
f _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	p _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
g _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	q _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
h _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	r _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
i _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	s _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
j _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	t _____	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>																																												
1402	<p><b>VÉRIFIEZ 1401:</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>AU MOINS UN FRÈRE OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p><input type="checkbox"/> ↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>AUCUN FRÈRE OU SOEUR LISTÉ</p> <p><input type="checkbox"/> →</p> </div> </div>		1404																																												
1403	<p>LISEZ LES NOMS DES FRÈRES ET SOEURS DE L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> ↓      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1404	<p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> ↓      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1405	<p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> ↓      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1406	<p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> ↓      OUI <input type="checkbox"/> → INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1401.</p>																																														
1407	<p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1401.</p>	<p>TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS ... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div></p>																																													

SECTION 14. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1408	<p>VÉRIFIEZ 1407:</p> <p>Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/> → VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1401 ET/OU 1407.</p>		
1409	<p>VÉRIFIEZ 1407:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/>      AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR      OU SOEUR</p>		→ 1501
1410	<p>Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier/la première ? Et qui a été le suivant/la suivante ?</p> <p>ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS.</p>		
1411	Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ?	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES      .....</p> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

**SECTION 14. MODULE MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE**

1412	LISTEZ, À 1413, LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1401. POSEZ 1414 JUSQU'À 1424 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.						
1413	NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR.	(01)	(02)	(03)	(04)	(05)	(06)
1414	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2	MASC. .... 1 FEM. .... 2
1415	Est-ce que (NOM) est toujours en vie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1417 NSP ..... 8 ALLENZ À (07)
1416	Quel âge a (NOM) ?	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (02)	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (03)	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (04)	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (05)	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (06)	<div><div></div><div></div></div> ALLENZ À (07)
1417	Combien y a-t-il d'années depuis que (NOM) est décédé(e) ?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1418	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ?  SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423	<div><div></div><div></div></div>  SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLENZ À 1423
1419	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ?	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À 1423 NON ..... 2
1420	Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ?	OUI ..... 1 ALLENZ À (02) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (03) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (04) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (05) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (06) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (07) NON ..... 2
1421	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À 1423
1422	Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
1423	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ?	OUI ..... 1 ALLENZ À (02) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (03) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (04) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (05) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (06) NON ..... 2	OUI ..... 1 ALLENZ À (07) NON ..... 2
1424	Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (02)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (03)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (04)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (05)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (06)	OUI ..... 1 NON ..... 2 ALLENZ À (07)
SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLENZ À SECTION SUIVANTE.							

## SECTION 15. EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1501	Je voudrais maintenant vous parler d'une pratique que l'on appelle l'excision. Avez-vous déjà entendu parler de l'excision ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1503
1502	Dans certains pays, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1600
1503	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1509
1504	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui vous a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on retiré des chairs de la zone génitale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1506
1505	Vous a-t-on seulement entaillé ou coupé le clitoris sans enlever de chair ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1505a	En plus de vous avoir entaillé ou coupé le clitoris, vous a-t-on retiré de la chair des parties génitales ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1507
1506	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une suture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1507	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  EN TANT QUE BÉBÉ/ PENDANT L'ENFANCE ..... 95 NE SAIT PAS ..... 98	
1508	Qui a procédé à votre excision ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ..... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD. .... 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ..... 23 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1509	VÉRIFIEZ 219, 220, ET 224 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES:  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>  N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/>		→ 1517

SECTION 15. EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1510	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .		
1511	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 ET 218 POUR CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2004 OU PLUS TARD. EN COMMENCANT PAR LA PLUS JEUNE.  NOM _____ NUMÉRO HISTORIQUE DES GROSSESSES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>		
1512	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1516
1513	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	
1514	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une suture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1515	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<b>TRADITIONNEL</b> EXCISEUSE TRADITIONNELLE ..... 11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 12 AUTRE TRADITIONNEL ..... 16 (PRÉCISEZ)  <b>PROFESSIONNEL DE SANTÉ</b> MÉDECIN ..... 21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 22 SAGE-FEMME AUXILIAIRE ..... 23 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	
1516	VÉRIFIEZ 1510: UNE AUTRE FILLE NÉE EN 2004 OU PLUS TARD ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>  (RETOURNEZ À 1511 POUR LA FILLE LA PLUS JEUNE ←		→ 1517

SECTION 15. EXCISION/MUTILATION GÉNITALE FÉMININE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1517	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
1518	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit continuer ou qu'elle doit être abandonnée ?	CONTINUER ..... 1 ABANDONNER ..... 2 CELA DÉPEND ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																							
1600	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ?</p> <p>FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> FEMME <input type="checkbox"/> → 1638</p> <p>POUR CETTE SECTION NON SÉLECTIONNÉE</p>																									
1601	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p>VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2 → 1637</p>																									
1602	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉE :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'une femme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des femmes au Burkina Faso. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p>																									
1603	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702:</p> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/UN PARTENAIRE) <input type="checkbox"/></p>		1606 1606																							
1604	<p>Vous avez dit que vous n'êtes pas mariée et que vous ne vivez pas avec un homme comme si vous étiez mariée. Êtes-vous actuellement dans une relation intime avec un homme même si vous ne vivez pas avec lui?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 1606																							
1605	<p>Avez-vous déjà été dans une relation intime avec un homme même si vous n'avez jamais vécu avec lui?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2</p>	→ 1619																							
1606	<p>Je vais vous poser maintenant des questions sur des situations qui peuvent arriver entre certaines femmes et leur (mari/partenaire masculin).</p> <p>A. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire masculin).</p> <p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>TEMPS EN SOUVENT</th><th>PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>b) Il vous (accuse/accusait) à tort d'être infidèle ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</td><td>OUI 1 NON 2</td><td>→ 1</td><td>2 3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS	a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3	b) Il vous (accuse/accusait) à tort d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3	c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3	d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3	e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3	
	DÉJÀ ARRIVÉ	TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																							
a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3																							
b) Il vous (accuse/accusait) à tort d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3																							
c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3																							
d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3																							
e) Il (insiste/insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2	→ 1	2 3																							

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																							
1607	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire masculin).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th></th><th>TEMPS EN SOUVENT</th><th>PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>b) vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>c) vous insulte ou vous rabaisse ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS	a) vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	b) vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	c) vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>																																				
	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																																																						
a) vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
b) vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
c) vous insulte ou vous rabaisse ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
1608	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th></th><th>TEMPS EN SOUVENT</th><th>PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>g) vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td><td>OUI 1 NON 2 ↓</td><td>→</td><td>1</td><td>2 3</td></tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	b) vous gifle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	g) vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p>	
	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN SOUVENT	PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
b) vous gifle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
g) vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec lui quand vous ne le vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						
j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2 3																																																						

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1609	VÉRIFIEZ 1608A (a-j):  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</div> <div>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</div> </div>		→ 1611
1610	Est-ce que ce qui suit est déjà arrivé à la suite de ce que votre (dernier) (mari / partenaire masculin) vous a fait:  a) il vous est arrivé d'avoir des coupures, des hématomes ou des douleurs ?  b) il vous est arrivé d'avoir des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?  c) il vous est arrivé d'avoir des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2	
1611	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernier) (mari/partenaire masculin) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1613
1612	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1613	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1615
1614	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1615	Avez-vous peur (vous est-il arrivé d'avoir peur) de votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS ..... 1 PARFOIS PEUR ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3	

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																
1616	<p>A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire masculin). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement d'un mari précédent ou d'un partenaire masculin actuel ou précédent que vous aurez eu.</p> <p>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</p> <p>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</p> <p>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th><th>IL Y A 0-11 MOIS</th><th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS SOUVIENT PAS</th><th>NE SE PAS</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN .....</td><td>6</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>OUI 1</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>OUI 1</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>OUI 1</td><td>→ 1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>NON 2 ↓</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS SOUVIENT PAS	NE SE PAS	N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN .....	6			OUI 1	→ 1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1	→ 1	2	3	NON 2 ↓				OUI 1	→ 1	2	3	NON 2 ↓				<p>→ 1617</p>
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS SOUVIENT PAS	NE SE PAS																																
N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN .....	6																																		
OUI 1	→ 1	2	3																																
NON 2 ↓																																			
OUI 1	→ 1	2	3																																
NON 2 ↓																																			
OUI 1	→ 1	2	3																																
NON 2 ↓																																			
1617	<p>VÉRIFIEZ 1608A (h-j) ET 1616A (b):</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p> <p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' →</p>		→ 1619																																
1618	<p>Quel âge aviez-vous la première fois qu'un mari ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																																	
1619	<p>VÉRIFIEZ 212 ET 232:</p> <p>ACTUELLEMENT ENCEINTE 232=1 OU <input type="checkbox"/> A EU UNE GROSSESSE OU PLUS DANS LE PASSÉ 212&gt;0 ↓</p> <p>PAS ENCEINTE 232=2 ET <input type="checkbox"/> PAS DE GROSSESSE DANS LE PASSÉ 212=0 →</p>		→ 1622																																
1620	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1622																																

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1621	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A</p> <p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... D</p> <p>FILLE/FILS ..... E</p> <p>AUTRE PERSONNE APPARENTÉE .. F</p> <p>ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... H</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... I</p> <p>BELLE-MÈRE ..... J</p> <p>BEAU-PÈRE ..... K</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... L</p> <p>ENSEIGNANT ..... M</p> <p>CAMARADE DE CLASSE/D'ÉCOLE .. N</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL O</p> <p>POLICIER/SOLDAT ..... P</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
1622	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1604 ET 1605:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN</p> <p>↓</p> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que votre mari ou partenaire masculin vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ? N'oubliez pas je ne veux pas que vous incluiez un mari ou un autre partenaire masculin.</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN</p> <p>↓</p> <p>b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>A REFUSÉ DE REPONDRE/ PAS DE REPONSE ..... 3</p>	<p>→ 1625</p>
1623	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... A</p> <p>PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... B</p> <p>SOEUR/FRÈRE ..... C</p> <p>FILLE/FILS ..... D</p> <p>AUTRE PERSONNE APPARENTÉE .. E</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... F</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... G</p> <p>BELLE-MÈRE ..... H</p> <p>BEAU-PÈRE ..... I</p> <p>AUTRE BEAU-PARENT ..... J</p> <p>ENSEIGNANT ..... K</p> <p>CAMARADE DE CLASSE/D'ÉCOLE .. L</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL M</p> <p>POLICIER/SOLDAT ..... N</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1624	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVEN* ..... 1 DE TEMPS EN TEMPS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1625	VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1604 ET 1605:  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;">             A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/              A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/>              UN HOMME/              A DÉJÀ EU UN              PARTENAIRE MASCULIN ↓           </div> <div style="width: 45%;">             JAMAIS MARIÉE/              JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/>              PARTENAIRE MASCULIN →           </div> </div>		1627
1626	Dans votre vie, en tant qu'enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un ancien mari ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? N'oubliez pas je ne veux pas que vous incluiez un mari ou un partenaire masculin.	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE REpondre/ PAS DE REPONSE ..... 3	→ 1628 → 1631
1627	Dans votre vie, en tant qu'enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE REpondre/ PAS DE REPONSE ..... 3	→ 1631
1628	VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1604 ET 1605:  <div style="display: flex;"> <div style="width: 45%;">             A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/              A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/>              UN HOMME/              A DÉJÀ EU UN              PARTENAIRE MASCULIN ↓               a) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté, par quelqu'un d'autre que votre mari ou un autre partenaire masculin?           </div> <div style="width: 45%;">             JAMAIS MARIÉE/              JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/>              PARTENAIRE MASCULIN ↓               b) Quel âge aviez-vous la première fois que l'on vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?           </div> </div>	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	

SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1629	<p>Qui vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... A</p> <p>FRÈRE/BEAU-FRÈRE ..... B</p> <p>AUTRE PERSONNE APPARENTÉE .. C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL ..... D</p> <p>ANCIEN PETIT AMI ..... E</p> <p>BEAU-PARENT ..... F</p> <p>SON AMI/CONNAISSANCE ..... G</p> <p>AMI DE FAMILLE ..... H</p> <p>ENSEIGNANT ..... I</p> <p>CAMARADE DE CLASSE/D'ÉCOLE .. J</p> <p>EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL K</p> <p>POLICIER/SOLDAT ..... L</p> <p>PRÊTRE/LEADER RELIGIEUX ..... M</p> <p>INCONNU ..... N</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	
1630	<p>VÉRIFIEZ 701 ET 702 ET 1604 ET 1605:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre qu' un ancien mari ou un autre partenaire masculin actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/> PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?</p> </div> </div>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1631	<p>VÉRIFIEZ 1608A (a-j), 1616A (a,b), 1620, 1622, 1626, ET 1627:</p> <p align="center">AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'</p>	<p>→ 1635</p>
1632	<p>Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>→ 1634</p>
1633	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE ..... A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B</p> <p>MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN ..... D</p> <p>AMI ..... E</p> <p>VOISIN ..... F</p> <p>LEADER RELIGIEUX ..... G</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ .. H</p> <p>POLICE ..... I</p> <p>HOMME DE LOI ..... J</p> <p>SERVICE SOCIAL ..... K</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 1635</p>
1634	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 16. VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																				
1635	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																					
	REMERCEZ L'ENQUÊTÉE DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE SEULEMENT.																						
1636	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI 1 FOIS</th><th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th><th>NON</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>AUTRE HOMME</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>ADULTE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> </tbody> </table>		OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME				ADULTE .....	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	
	OUI 1 FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																				
MARI .....	1	2	3																				
AUTRE HOMME																							
ADULTE .....	1	2	3																				
FEMME ADULTE .....	1	2	3																				
1637	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. <hr/> <hr/> <hr/>																						
1638	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>																				

## INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.

UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP.

N NAISSANCES

G GROSSESSES

F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE

2 STÉRILISATION MASCULINE

3 DIU

4 INJECTABLES

5 IMPLANTS

6 PILULE

7 CONDOM

8 CONDOM FÉMININ

9 CONTRACEPTION D'URGENCE

J MÉTHODE DES JOURS FIXES

K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET  
DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE

Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT

1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT

2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE

3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE

4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE

5 MODIFICATIONS MENSTRUELLES

6 AUTRES EFFETS SECONDAIRES/  
SOUÇIS CONCERNANT LA SANTÉ

7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ

8 COÛTE TROP CHER

N PAS PRATIQUE À UTILISER

F FATALISTE

A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE

D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION

X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

			COL. 1	COL. 2
12	DEC	01		
11	NOV	02		
10	OCT	03		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
2	07	JUL		2
1	06	JUIN		1
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		
12	DEC	13		
11	NOV	14		
10	OCT	15		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
2	07	JUL		2
0	06	JUIN		0
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		
12	DEC	25		
11	NOV	26		
10	OCT	27		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
1	07	JUL		1
9	06	JUIN		9
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		
12	DEC	37		
11	NOV	38		
10	OCT	39		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
1	07	JUL		1
8	06	JUIN		8
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		
12	DEC	49		
11	NOV	50		
10	OCT	51		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
1	07	JUL		1
7	06	JUIN		7
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		
12	DEC	61		
11	NOV	62		
10	OCT	63		
2	09	SEP		2
0	08	AOÛT		0
1	07	JUL		1
6	06	JUIN		6
	05	MAI		
	04	AVRIL		
	03	MARS		
	02	FEVRIER		
	01	JAN		

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---