

SEPTIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI  
EDSM-VII  
QUESTIONNAIRE MÉNAGE

IDENTIFICATION				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) .....				
VISITES D'ENQUÊTEURS				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> N° ENQUÊT <input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTEUR/ ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <input type="text"/> <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <input type="text"/> <input type="text"/>
PROCHAINEDATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT :				TOTAL DE PERSONNES DANS LE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>
1 REMPLI				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> <input type="text"/>
2 PAS DE MEMBRE DU MÉNAGE À LA MAISON OU PAS D'ENQUÊTÉ COMPÉTENT À LA MAISON, AU MOMENT DE LA VISITE				TOTAL D'HOMMES ÉLIGIBLES <input type="text"/> <input type="text"/>
3 MÉNAGE TOTALEMENT ABSENT POUR UNE LONGUE PÉRIODE				N° DE LIGNE DE L'ENQUÊTÉ POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/>
4 DIFFÉRÉ				
5 REFUSÉ				
6 LOGEMENT VACANT OU PAS DE LOGEMENT À L'ADRESSE				
7 LOGEMENT DÉTRUIT				
8 LOGEMENT NON TROUVÉ				
9 AUTRE _____ (PRÉCISEZ)				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<input type="text"/> 0 <input type="text"/> 1	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<input type="text"/> <input type="text"/>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**
				INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <input type="text"/>
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>			**CODES LANGUES :
				01 FRANÇAIS
				02 BAMBARA/MALINKÉ
				03 SONRAÏ/DJERMA
				04 PEUHL/FOULFOULDÉ
				05 SÉNOUFO
				06 MARKA/SONINKÉ
				07 DOGON
				08 MINIANKA
				09 TAMACHECK
				10 BOBO/DAFING
				11 BOZO
				96 AUTRE
				(PRÉCISEZ)
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE			
<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
NUMÉRO	NOM NUMÉRO			

CETTE PAGE EST LAISSÉE BLANCHE INTENTIONNELLEMENT

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INSTAT). En collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout au Mali. Les informations que nous collectons aideront à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Nous voudrions vous poser quelques questions sur votre ménage. Les questions prennent habituellement entre 15 et 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autres que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête, mais nous espérons que vous accepterez 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 ou 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 figurant sur cette carte.

DONNEZ LA CARTE AVEC LES INFORMATIONS POUR CONTACTER CES PERSONNES

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

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

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

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



100	NOTEZ L'HEURE.	HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
		MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				

TABLEAU MENAGE

N° LIGNE	RÉSIDENTS HABITUELS ET VISITEURS	LIEN AVEC LE CHEF DE MÉNAGE	SEXE		RÉSIDENCE		ÂGE	PLUS DE PERSONNES	SI 15 ANS OU PLUS	ÉLIGIBILITÉ		
			4	5	6	7			7-1	8	9	10
1	2	3	4	5	6	7	7-1	8	9	10	11	
	S'il vous plaît, donnez-moi les noms des personnes qui vivent habituellement dans votre ménage et des visiteurs qui ont passé la nuit dernière ici, en commençant par le chef de ménage.  NOTEZ LE PRÉNOM DU CHEF DE MENAGE  NOMS ET ENREGISTRÉ LE LIEN DE PARENTÉ ET LE SEXE POUR CHAQUE PERSONNE. POSEZ LES QUESTIONS 7A-7C POUR VOUS ASSURER QUE LA LISTE EST COMPLÈTE.  POSEZ ENSUITE LES QUESTIONS DES COLONNES 8-35 POUR CHAQUE PERSONNE	Quel est le lien de parenté de (NOM) avec le chef de ménage ?	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ?	(NOM) vit-il/elle habituellement ?	(NOM) a-t-il/elle passé la nuit dernière ici ?	Quel âge a (NOM) ?  SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'.	Y a-t-il d'autres personnes qui vivent dans ce ménage ?	Quel est l'état matrimonial actuel de (PRENOM) ?  1 = MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE 2 = DIVORCÉ/SEPARÉ 3 = VEUF 4 = JAMAIS MARIÉ ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC QUELQU'UN	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUTES LES FEMMES DE 15-64 ANS	SI MÉNAGE SÉLECTIOMNÉ POUR ENQUÊTE HOMME	ENCERCLEZ LE N° DE LIGNE DE TOUS LES ENFANTS DE 0-5 ANS	
01			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	EN ANNÉES 1 2	O N 1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		01	01	01	
02			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		02	02	02	
03			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		03	03	03	
04			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		04	04	04	
05			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		05	05	05	
06			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		06	06	06	
07			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		07	07	07	
08			M F 1 2	O N 1 2	O N 1 2	1 2	1 → ALLEZ À 2 LIGNE SUIVANTE ALLEZ À 7A ←		08	08	08	

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

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

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

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

TABLEAU MENAGE

N° LIGNE	SI 0-17 ANS						SI 15-17 ANS	SI 0-17 ANS		
	ÉTAT DE SURVIE ET RÉSIDENCE DES PARENTS BIOLOGIQUES							PERSONNE PRINCIPALE QUI S'OCCUPE DE L'ENFANT		
	12	12A	13	14	14A	15	15A	15B	15C	15D
	La mère biologique de (PRENOM) est-elle en vie ?	En quelle année la mère biologique de (NOM) est-elle décédée ?	La mère biologique de (PRENOM) vit-elle habituellement dans ce ménage ou était-elle en visite ici la nuit dernière ?	Le père biologique de (PRENOM) est-il en vie ?	En quelle année le père biologique de (NOM) est-il décédé ?	Le père biologique de (PRENOM) vit-il habituellement dans ce ménage ou était-il en visite ici la nuit dernière ?	VÉRIFIEZ Q. 8. CODES 1, 2, OU 3 SÉLECTIONNÉS ?	VÉRIFIEZ Q. 5, 13 ET 15. EST-CE QUE L'ENFANT EST UN RÉSIDENT HABITUEL DU MÉNAGE ET AUCUN PARENT BIOLOGIQUE N'EST UN RÉSIDENT HABITUEL ?	Qui est la personne qui s'occupe principalement de (NOM) ?  C'est-à-dire la personne qui s'occupe tous les jours de l'enfant ? ENREGISTREZ LE N° DE LIGNE DE LA PERSONNE RESPONSABLE DE L'ENFANT	Quelle est la relation entre la personne et (NOM) ?  VOIR CODES CI-DESSOUS
		ENREGISTREZ ANNÉE DU DÉCÈS  SI NE SAIT PAS, ENREGISTREZ '9998'.	SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DE LA MÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.		ENREGISTREZ ANNÉE DU DÉCÈS  SI NE SAIT PAS, ENREGISTREZ '9998'.	SI OUI : Quel est son nom ?  NOTEZ LE N° DE LIGNE DU PÈRE.  SI NON, NOTEZ '00'.			SI L'ENFANT N'A PAS DE PERSONNE RESPONSABLE ENREGISTREZ '95'	
01	O N NSP 1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	O N NSP 1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	O N 1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	O N 1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
02	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
03	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
04	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
05	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
06	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
07	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16
08	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 13 ALLEZ À 14	ALLENZ À 14	ALLENZ À 14	1 2 8 ↓ ↓ ↓ ALLEZ À 15 ALLEZ À 15A	ALLENZ À 15A	ALLENZ À 15A	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	1 2 ↓ ↓ ALLEZ À 16	ALLENZ À 16	ALLENZ À 16

CODES POUR Q. 15D

- 01 = GRANDPARENT
- 02 = TANTE/ONCLE
- 03 = FRÈRE OU SOEUR
- 04 = AUTRE PARENT DE L'ENFANT
- 05 = BELLE-MÈRE/BEAU-PÈRE
- 06 = PARENT DES BEAUX-PARENTS
- 07 = FAMILLE D'ACCUEIL FORMELLE/  
PARENT ADOPTIF
- 8 = AMI
- 96 = AUTRE (SPÉCIFIEZ)

N° LIGNE	SI 3 ANS OU PLUS			SI 3-24 ANS		SI 3-24 ANS							SI 0-4 ANS
	A FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE			FRÉQUENTATION SCOLAIRE ACTUELLE/RÉCENTE		SOUTIEN AUX FRAIS DE SCOLARITÉ ET À L'ACHAT DU MATÉRIEL SCOLAIRE							ENREGISTREMENT DES NAISSANCES
	16	17A	17B	18	19	19C	19D	19E	19F	19G	19H	19I	20
	Est-ce que (PRENOM) a déjà fréquenté l'école ou a-t-il suivi un programme éducatif préscolaire ?	Quel est le plus haut niveau d'études que (PRENOM) a atteint ?	Quelle est la classe la plus élevée que (PRENOM) a achevée à ce niveau ?	Est-ce que (PRENOM) est allé à l'école ou a suivi un programme éducatif préscolaire à un moment au cours de l'année scolaire [2023-2024] ?	Au cours de cette année scolaire, à quel niveau et en quelle classe est (PRENOM) ?	Est-ce que (PRENOM) va à l'école publique ou autre type d'école?  1 = ÉTAT / PUBLIC 2 = PRIVÉ RELIGIEUX 3 = PRIVÉ NON RELIGIEUX 4 = PRIVÉ INTERNATIONAL 5 = COMMUNAUTÉ	Durant l'année scolaire [2023-2024], est-ce que (PRENOM) a perçu une aide aux frais de scolarité ?	Est-ce que cette aide aux frais de scolarité est suffisante pour payer les frais de scolarité de (PRENOM) ?	Oui a fourni ce soutien aux frais de scolarité de (PRENOM)?  Quelqu'un d'autre ?  A = ÉTAT / PUBLIC B = ORGANISATION CONFESSIONNELLE C = ORGANISATION NON-CONFESSIONNELLE D = PARENT/PROCHE AMI X = AUTRE	Durant l'année scolaire [2023-2024], est-ce que (PRENOM) a reçu une aide matérielle ou de l'argent pour acheter des chaussures, des cahiers d'exercice, des carnets de notes, des uniformes scolaires ou d'autres fournitures scolaires ?	Est-ce que cette aide pour les achats scolaires est suffisante pour les achats scolaires de (PRENOM) ?	Oui a fourni ce soutien aux achats scolaires de (PRENOM)?  Quelqu'un d'autre ?  A = ÉTAT / PUBLIC B = ORGANISATION CONFESSIONNELLE C = ORGANISATION NON-CONFESSIONNELLE D = PARENT/PROCHE AMI X = AUTRE	(PRENOM) a-t-elle un certificat de naissance ?  SI NON, INSISTEZ : La naissance de (PRENOM) a-t-elle été enregistrée à l'état civil ?  1 = A UN CERTIFICAT 2 = ENREGISTRÉ 3 = NI L'UN NI L'AUTRE 8 = NE SAIT PAS
01	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU [ ]	CLASSE [ ] [ ]	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	NIVEAU CLASSE [ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 19G	O N 1 2	A B C D X	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 20	O N 1 2	A B C D X	[ ]
02	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
03	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
04	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
05	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
06	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
07	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]
08	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ]	[ ] [ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 20	[ ] [ ] [ ] [ ]	[ ]	1 2 ↓ ALLEZ À 19G	1 2	A B C D X	1 2 ↓ ALLEZ À 20	1 2	A B C D X	[ ]

**CODES POUR QUESTIONS 17 ET 19: NIVEAU D'INSTRUCTION**

NIVEAU	MATERNELLE/ PRÉ-PRIMAIRE=0	FONDAMENTAL 1er Cycle = 1	FONDAMENTAL 2nd Cycle = 2	SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel=3	SUPÉRIEUR = 4	NSP=8
	MOINS D'1 AN. = 0	MOINS D'1 AN. = 0	MOINS D'1 AN. = 0	MOINS D'1 AN. = 0	MOINS D'1 AN. = 0	
1ère an. / Petite section = 1	1ère année = 1	1ère année = 1	7ème année = 1	1ère/10ème année = 1	1ère année = 1	
2ème an. / Moyenne section = 2	2ème année = 2	2ème année = 2	8ème année = 2	2ème/11ème année = 2	2ème année = 2	
3ème an. / Grande section = 3	3ème année = 3	3ème année = 3	9ème année = 3	3ème/12ème année = 3	3ème année = 3	
NSP = 8	4ème année = 4	4ème année = 4	NSP = 8	4ème année = 4	4ème année = 4	
	5ème année = 5	5ème année = 5		NSP = 8	5ème année+ = 5	
	6ème année = 6	6ème année = 6			NSP = 8	
	NSP = 8	NSP = 8				

TABLEAU MÉNAGE

SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS						
No LIGNE	HANDICAP					
	26	27	28	29	30	31
	Est-ce que (NOM) porte des lunettes ou des lentilles de contact pour voir ?	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour voir même quand il/elle porte des lunettes ou des lentilles de contact. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour voir. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour voir, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas voir du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR VOIR 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS VOIR DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Est-ce que (NOM) porte un appareil auditif?	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour entendre même quand il/elle porte un appareil auditif. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour entendre. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour entendre, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas entendre du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR ENTENDRE 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS ENTENDRE DU TOUT 8 = NE SAIT PAS
1	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	O N 1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
2	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
3	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
4	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
5	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
6	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
7	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8
8	1 2 ↓ ALLEZ À 28	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 29)	1 2 3 4 8	1 2 ↓ ALLEZ À 31	1 2 3 4 8 (ALLEZ À 32)	1 2 3 4 8

TABLEAU MÉNAGE

SI ÂGÉ DE 5 ANS OU PLUS				
No LIGNE	HANDICAP			
	32	33	34	35
	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour communiquer dans sa langue habituelle. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour comprendre ou être compris, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas communiquer du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR COMMUNIQUER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3 = BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS COMMUNIQUER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour se rappeler ou se concentrer. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour se rappeler ou se concentrer, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se rappeler ou se concentrer du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE RAPPELER OU POUR SE CONCENTRER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE RAPPELER/SE CONCENTRER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour marcher ou monter des marches. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour marcher ou monter des marches, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas marcher ou monter des marches du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR MARCHER OU GRIMPER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS MARCHER OU GRIMPER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS	Je voudrais savoir si (NOM) a des difficultés pour se laver ou s'habiller. Diriez-vous que (NOM) n'a aucune difficulté pour se laver ou s'habiller, quelques difficultés, beaucoup de difficulté ou qu'il/elle ne peut pas se laver ou s'habiller du tout ?  1 = AUCUNE DIFFICULTÉ POUR SE LAVER OU S'HABILLER 2 = QUELQUES DIFFICULTÉS 3=BEAUCOUP DE DIFFICULTÉ 4 = NE PEUT PAS SE LAVER OU S'HABILLER DU TOUT 8 = NE SAIT PAS
1	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
2	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
3	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
4	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
5	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
6	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
9	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8
10	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8	1 2 3 4 8

**BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET STRUCTURE DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODE	ALLEZ À																														
41	VÉRIFIEZ LES COLONNES 5 ET 7: Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS (POPULATION DE DROIT) ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		101																														
42	VÉRIFIEZ LES COLONNES 5, 13, ET 15: Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS (POPULATION DE DROIT) DON'T LE PÈRE OU LA MÈRE BIOLOGIQUE NE SONT PAS LISTÉS DANS LE TABLEAU MÉNAGE (COLONNE 13 OU COLONNE 15 EST '00') ? NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>		44																														
43	VÉRIFIEZ LES COLONNES 5, 13, ET 15: Y A-T-IL UN ENFANT DE 0-17 ANS (POPULATION DE DROIT) DONT LA MÈRE OU LE PÈRE BIOLOGIQUE SONT DES VISITEURS DU MÉNAGE? ('2' EST ENREGISTRÉ À LA COLONNE 5 SUR LA LIGNE DANS LE TABLEAU MÉNAGE CORRESPONDANT À LA MÈRE OU AU PÈRE BIOLOGIQUE DE L'ENFANT). OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		101																														
44	LISTEZ CHAQUE ENFANT (POPULATION DE DROIT) DE 0-17 ANS DONT LA MÈRE OU LE PÈRE BIOLOGIQUE NE VIT PAS HABITUELLEMENT DANS LE MÉNAGE CI-DESSOUS DANS L'ORDRE D'APPARITION DANS LE TABLEAU MÉNAGE. ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE ET LE NOM POUR CHAQUE ENFANT, ET ENREGISTREZ SI LE PÈRE OU LA MÈRE BIOLOGIQUE DE L'ENFANT VIT OU NON HABITUELLEMENT AILLEURS, S'ILS VIVENT HABITUELLEMENT DANS CE MÉNAGE OU SI ILS SONT DÉCÉDÉS.																																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>44A. N° RANG</th> <th>44B. N° DE LIGNE DU MÉNAGE</th> <th>44C. NOM DE COL. 2</th> <th>44D. STATUT DE LA MÈRE</th> <th>44E. STATUT DU PÈRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3</td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3</td> </tr> <tr> <td>02</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3</td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3</td> </tr> <tr> <td>03</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3</td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3</td> </tr> <tr> <td>04</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3</td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3</td> </tr> <tr> <td>05</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3</td> <td>HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3</td> </tr> </tbody> </table>	44A. N° RANG	44B. N° DE LIGNE DU MÉNAGE	44C. NOM DE COL. 2	44D. STATUT DE LA MÈRE	44E. STATUT DU PÈRE	01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3	02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3	03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3	04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3	05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3		
44A. N° RANG	44B. N° DE LIGNE DU MÉNAGE	44C. NOM DE COL. 2	44D. STATUT DE LA MÈRE	44E. STATUT DU PÈRE																													
01	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3																													
02	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3																													
03	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3																													
04	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3																													
05	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉE ..... 3	HABIT. VIT AILLEUF 1 HABIT. VIT DANS C 2 DÉCÉDÉ ..... 3																													
45	VÉRIFIEZ 44: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DU (PREMIER/SUIVANT) ENFANT DONT LA MÈRE ET/OU LE PÈRE BIOLOGIQUE SONT EN VIE MAIS NE SONT PAS DES RÉSIDENTS HABITUELS DE CE MÉNAGE. NOM <input type="text"/> NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE ... <input type="text"/>																																
46	Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur (NOM DE L'ENFANT DE 45).																																
47	VÉRIFIEZ 44D: STATUT DE LA MÈRE CODE '1' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ CODE '2' OU '3' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		59																														
48	Depuis combien de temps (NOM) et la mère de (NOM) ne vivent-ils/elles plus ensemble ?  SI MOINS D' 1 ANNÉE, ENREGISTREZ LA RÉPONSE EN MOIS. SI 1 ANNÉE OU PLUS, ENREGISTREZ LA RÉPONSE EN ANNÉES RÉVOLUES. SI (NOM) ET (NOM) DE LA MÈRE N'ONT JAMAIS VÉCU ENSEMBLE, ENREGISTREZ '995'. NE SAIT PAS	MOIS ..... 1 ANNÉES ..... 2 JAMAIS VÉCU ENSEMBLE ..... 995 NE SAIT PAS ..... 998	<input type="text"/>																														

**BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET STRUCTURE DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTERS	CODE	ALLEZ À
	NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
49	Au cours des 6 derniers mois, est-ce que la mère biologique de (NOM) a vu ou a communiqué souvent avec (NOM): presque tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, moins d'une fois par mois ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 PAS DU TOUT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	
50	CAPI VÉRIFIERA LES DONNÉES COLLECTÉES JUSQU'ICI POUR DÉTERMINER SI LES QUESTIONS 53-57 ONT ÉTÉ, OU NON, DÉJÀ POSÉES POUR UN AUTRE ENFANT QUI A LA MÊME MÈRE QUE CET ENFANT, OU SI CELA NE PEUT PAS ÊTRE DÉTERMINÉ À PARTIR DE DONNÉES DÉJÀ COLLECTÉES.  ON NE SAIT PAS SI 53-57 ONT ÉTÉ POSÉES POUR LA MÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/>	53-57 N'A PAS ÉTÉ POSÉE POUR LA MÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/> → 53  53-57 A ÉTÉ POSÉE POUR LA MÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/> → 58	
51	Est-ce que (NOM) a la même mère biologique qu'un autre enfant dont je vous ai déjà parlé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 53
52	Quel enfant a la même mère biologique que (NOM) ?  ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DE L'ENFANT AVEC LA MÊME MÈRE BIOLOGIQUE QUE (NOM).	NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DU FRÈRE/SOEUR CÔTÉ MATERNEL <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 58
53	La mère biologique de (NOM) est-elle mariée ou vit-elle avec un homme comme si elle était mariée ?	OUI, MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE .... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 55
54	Est-ce que cet homme est le père biologique de (NOM)?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
55	La mère biologique de (NOM) envoie-t-elle de l'argent ou des biens à ce ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
56	La mère biologique de (NOM) reçoit-elle de l'argent ou des biens de ce ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
57	Où vit la mère biologique de (NOM)?	DANS UN AUTRE MÉNAGE DANS LA MÊME RÉGION ..... 1 DANS UN MÉNAGE DANS UNE AUTRE RÉGION ..... 2 DANS UNE INSTITUTION AU MALI ..... 3 DANS UN AUTRE PAYS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
58	VÉRIFIEZ 44E: STATUT DU PÈRE  CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	CODE '2' OU '3' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 69
59	Depuis combien de temps (NOM) et le père de (NOM) ne vivent-ils plus ensemble ?  SI MOINS D' 1 ANNÉE, ENREGISTREZ LA RÉPONSE EN MOIS. SI 1 ANNÉE OU PLUS, ENREGISTREZ LA RÉPONSE EN ANNÉES RÉVOLUES. SI (NOM) ET (NOM) DU PÈRE N'ONT JAMAIS VÉCU ENSEMBLE, ENREGISTREZ '995'.	MOIS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> JAMAIS VÉCU ENSEMBLE ..... 995 NE SAIT PAS ..... 998	

**BIEN-ÊTRE DE L'ENFANT ET STRUCTURE DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTERS	CODE	ALLEZ À
	NOM _____	NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
60	Au cours des 6 derniers mois, est-ce que le père biologique de (NOM) a vu ou a communiqué souvent avec (NOM): presque tous les jours, au moins une fois par semaine, au moins une fois par mois, moins d'une fois par mois ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 AU MOINS UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 PAS DU TOUT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	
61	CAPI VÉRIFIERA LES DONNÉES COLLECTÉES JUSQU'ICI POUR DÉTERMINER SI LES QUESTIONS 64-68 ONT DÉJÀ ÉTÉ POSÉES POUR UN AUTRE ENFANT QUI A LE MÊME PÈRE QUE CET ENFANT OU SI CELA PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ À PARTIR DE DONNÉES DÉJÀ COLLECTÉES.  ON NE SAIT PAS SI 64-68 ONT ÉTÉ POSÉES POUR LE PÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/>	64-68 N'ONT PAS ÉTÉ POSÉES POUR LE PÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/> → 64  64-68 ONT ÉTÉ POSÉES POUR LE PÈRE DE CET ENFANT <input type="checkbox"/> → 69	
62	Est-ce que (NOM) a le même père biologique qu'un autre enfant dont je vous ai déjà parlé?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 64
63	Quel enfant a le même père biologique que (NOM) ?  ENREGISTREZ LE NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DE L'ENFANT AVEC LE MÊME PÈRE BIOLOGIQUE QUE (NOM).	NUMÉRO DE LIGNE DU MÉNAGE DU FRÈRE/SOEUR CÔTÉ PATERNEL <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 69
64	VÉRIFIEZ 54: EST-CE QUE LA MÈRE BIOLOGIQUE DE L'ENFANT EST MARIÉE AVEC (OU VIT AVEC) LE PÈRE BIOLOGIQUE DE L'ENFANT?  NON, NE SAIT PAS OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/>	→ 66
65	Le père biologique de (NOM) est-il marié ou vit-il avec une femme comme s'il était marié ?	OUI, MARIÉ OU VIVANT ENSEMBLE ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
66	Le père biologique de (NOM) envoie-t-il de l'argent ou des biens à ce ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
67	Le père biologique de (NOM) reçoit-il de l'argent ou des biens de ce ménage ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
68	Où vit le père biologique de (NOM)?	DANS UN AUTRE MÉNAGE DANS LA MÊME RÉGION ..... 1 DANS UN MÉNAGE DANS UNE AUTRE RÉGION ..... 2 DANS UNE INSTITUTION AU MALI ..... 3 DANS UN AUTRE PAYS ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
69	VÉRIFIEZ 44: Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS DE 0-17 ANS (POPULATION DE DROIT) DONT LA MÈRE ET/OU LE PÈRE BIOLOGIQUE SONT VIVANTS MAIS NE SONT PAS DES RÉSIDENTS HABITUELS DE CE MÉNAGE ?  OUI <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 45 POUR ENFANT SUIVANT) ←	NON <input type="checkbox"/> → 101	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage ?	<p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12</p> <p>ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE ..... 21</p> <p><b>PUITS CREUSÉ</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ..... 31</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32</p> <p><b>EAU DE SOURCE</b></p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ..... 41</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42</p> <p>EAU DE PLUIE ..... 51</p> <p>CAMION CITERNE ..... 61</p> <p>CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81</p> <p>EAU EN BOUTEILLE ..... 91</p> <p>EAU EN SACHET ..... 92</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p> <p>→ 103</p> <p>→ 103</p>
102	D'où provient principalement l'eau utilisée par votre ménage pour d'autres usages comme faire la cuisine et se laver les mains ?	<p><b>EAU DU ROBINET</b></p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT ..... 11</p> <p>ROBINET DANS COUR/PARCELLE ..... 12</p> <p>ROBINET CHEZ UN VOISIN ..... 13</p> <p>ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE ..... 14</p> <p>PUITS À POMPE OU FORAGE ..... 21</p> <p><b>PUITS CREUSÉ</b></p> <p>PUITS PROTÉGÉ ..... 31</p> <p>PUITS NON PROTÉGÉ ..... 32</p> <p><b>EAU DE SOURCE</b></p> <p>SOURCE PROTÉGÉE ..... 41</p> <p>SOURCE NON PROTÉGÉE ..... 42</p> <p>EAU DE PLUIE ..... 51</p> <p>CAMION CITERNE ..... 61</p> <p>CHARRETTE AVEC PETITE CITERNE/ TONNEAU ..... 71</p> <p>EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/LAC/ MARE/FLEUVE/CANAL/ CANAL D'IRRIGATION) ..... 81</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 106</p>
103	Où est située cette source d'approvisionnement de l'eau ?	<p>DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1</p> <p>DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2</p> <p>AILLEURS ..... 3</p>	<p>→ 106</p>
104	Combien de temps faut-il pour s'y rendre, prendre l'eau et revenir ?	<p>MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS .....998</p>	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

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

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
112	Où se trouvent ces toilettes ?	DANS VOTRE LOGEMENT ..... 1 DANS VOTRE COUR/PARCELLE ..... 2 AILLEURS ..... 3	
113	VÉRIFIEZ 109 :  CODES 12, 13, 21, <input type="checkbox"/> 22, 23, OU 31 ENCERCLÉ ↓	AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 117
114	VÉRIFIEZ 109:  CODE <input type="checkbox"/> 12 ↓      CODE <input type="checkbox"/> 13, 21, ↓      CODE <input type="checkbox"/> 22, OU 23      31 ↓  a) Est-ce que votre fosse septique a déjà été vidée ?      b) Est-ce que votre fosse a déjà été vidée ?      c) Est-ce que votre toilettes à compostage a déjà été vidée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 117
115	VÉRIFIEZ 109:  CODE <input type="checkbox"/> 12 ↓      CODE <input type="checkbox"/> 13, 21, ↓      CODE <input type="checkbox"/> 22, OU 23      31 ↓  a) La dernière fois que votre fosse septique a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?      b) La dernière fois que votre fosse a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?      c) La dernière fois que votre toilettes à compostage a été vidée, est-ce que cela a été fait par un professionnel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
116	Où le contenu a-t-il été vidé ?	USINE DE TRAITEMENT ..... 1 ENTERRÉ DANS UNE FOSSE COUVERTE .. 2 FOSSE À DECOUVERT/FORÊT/CHAMPS / TERRAIN VAGUE ..... 3 EAU DE SURFACE (RIVIÈRE/BARRAGE/ LAC/MARE/FLEUVE CANAL/ CANAL D'IRRIGATION..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 8	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
117	Dans ce ménage, quel type de cuisinière est habituellement utilisée pour la cuisine ?	CUISINIÈRE ÉLECTRIQUE ..... 01 FOUR SOLAIRE ..... 02 CUISINIÈRE À GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL) CUISINIÈRE À GAZ ..... 03 CUISINIÈRE CONNECTÉE AU GAZ NATUREL .. 04 CUISINIÈRE AU BIOGAZ ..... 05 CUISINIÈRE À COMBUSTIBLE LIQUIDE .... 06 CUISINIÈRE D'UN FABRICANT À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 07 CUISINIÈRE TRADITIONNELLE À COMBUSTIBLE SOLIDE ..... 08 FOYER À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 09  PAS DE CUISINE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	} → 121 } → 120  } → 120  } → 123  } → 120
118	Est-ce que la cuisinière a une cheminée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
120	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cette cuisinière ?	ALCOOL/ÉTHANOL ..... 01 ESSENCE/DIESEL ..... 02 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 03 CHARBON/LIGNITE ..... 04 CHARBON DE BOIS ..... 05 BOIS ..... 06 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 07 PRODUITS AGRICOLES ..... 08 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 09 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS (PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS .... 10 ORDURES/PLASTIQUE ..... 11 SCIURE ..... 12  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
121	Est-ce que la cuisine est faite habituellement dans la maison, dans un bâtiment séparé ou à l'extérieur ?	DANS LA MAISON ..... 1 DANS UN BÂTIMENT SÉPARÉ ..... 2 À L'EXTÉRIEUR ..... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	} → 123
122	Avez-vous une pièce séparée que vous utilisez comme cuisine ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
123	Dans ce ménage, qu'utilisez-vous pour chauffer la maison quand c'est nécessaire ?  SI L'ENQUÊTÉ RÉPOND ÉLECTRICITÉ OU GAZ , DEMANDEZ : Dans quel type d'appareil chauffant (l'électricité/gas) est-il utilisé ?	CHAUFFAGE CENTRAL ..... 01  RADIATEUR D'UN FABRICANT ..... 02 RADIATEUR TRADITIONNEL ..... 03 FOURNEAU D'UN FABRICANT ..... 04 FOURNEAU TRADITIONNEL ..... 05 FEU À TROIS PIERRES/FOYER OUVERT .. 06  PAS DE RADIATEUR DANS LE MÉNAGE/ PAS BESOIN ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	} → 125   } → 125  } → 126  } → 125
124	Est-ce que l'appareil a une cheminée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
125	Avec quel type de combustible ou d'énergie fonctionne cet appareil ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 CONNECTÉ AU GAZ NATUREL ..... 02 CHAUFFAGE SOLAIRE DE L'AIR ..... 03 GAZ PROPANE LIQUÉFIÉ (GPL)/ GAZ DE CUISINE ..... 04 BIOGAZ ..... 05 ALCOOL/ÉTHANOL ..... 06 ESSENCE/DIESEL ..... 07 PARAFFINE/PÉTROLE ..... 08 CHARBON/LIGNITE ..... 09 CHARBON DE BOIS ..... 10 BOIS ..... 11 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 12 PRODUITS AGRICOLES ..... 13 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 14 COMBUSTIBLES BIOMASSE TRANSFORMÉS (PELLETS) OU GRANULÉS DE BOIS ..... 15 ORDURES/PLASTIQUE ..... 16 SCIURE ..... 17  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
126	Dans ce ménage, quand il fait nuit, qu'est-ce que vous utilisez habituellement pour vous éclairer ?	ÉLECTRICITÉ ..... 01 LANTERNE SOLAIRE ..... 02 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE RECHARGEABLE ..... 03 LAMPE DE POCHE, TORCHE OU LANTERNE À PILES ..... 04 LAMPE BIOGAZ ..... 05 LAMPE ESSENCE/GROUPE ELECTROGENE ..... 06 LAMPE PARAFFINE/PÉTROLE ..... 07 CHARBON DE BOIS ..... 08 BOIS ..... 09 PAILLE/BRANCHAGES/HERBES ..... 10 PRODUITS AGRICOLES ..... 11 BOUSE D'ANIMAL/DÉCHETS ..... 12 LAMPE À HUILE ..... 13 BOUGIE ..... 14  PAS D'ÉCLAIRAGE DANS LE MÉNAGE ..... 95  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
127	Dans ce ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir ?	NOMBRE DE PIÈCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
128	Est-ce que votre ménage possède du bétail, des troupeaux, d'autres animaux de ferme ou de la volaille ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130

CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
129	<p>Parmi les animaux suivants, combien votre ménage en possède-t-il ?</p> <p>SI AUCUN, NOTEZ '00'. SI 95 OU PLUS, NOTEZ '95'. SI NE SAIT PAS, NOTEZ '98'.</p> <p>a) Vaches laitières ou taureaux ? b) Autre bovins ? c) Chevaux, ânes ou mulets ? d) Chèvres ? e) Moutons ? f) Cochons ? g) Poulets ou autre volaille ? h) Chameaux ou dromadaires ?</p>	<p>a) VACHES/TAUREAUX ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) AUTRE BOVINS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) CHEVAUX/ÂNES/MULETS .... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) CHÈVRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) MOUTONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) COCHONS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) POULETS/AUTRE VOLAILLE .. <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>h) CHAMEAUX/DROMADAIRES .. <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
130	<p>Est-ce qu'un membre de votre ménage possède des terres cultivables ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 132
131	<p>Combien d'hectares de terres cultivables les membres du ménage possèdent-ils ?</p> <p>SI 95 OU PLUS, ENCERCLEZ '950'.</p>	<p>HECTARES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>95 HECTARES OU PLUS ..... 950</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	

**CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
132	Dans ce ménage, avez-vous :	OUI      NON	
	a) L'électricité ?	a) ÉLECTRICITÉ ..... 1      2	
	b) Un poste radio ?	b) RADIO ..... 1      2	
	c) Une télévision ?	c) TÉLÉVISION ..... 1      2	
	d) Un téléphone fixe ?	d) TÉLÉPHONE FIXE ..... 1      2	
	e) Un ordinateur ?	e) ORDINATEUR ..... 1      2	
	f) Un réfrigérateur ?	f) RÉFRIGÉRATEUR ..... 1      2	
	g) Une chaise en matériaux traditionnels?	g) CHAISE EN MATERIAUX TRADI 1      2	
	h) Armoire/Bibliothèque?	h) ARMOIRE/BIBLIOTHÈQU .... 1      2	
	i) Un réchaud?	i) RÉCHAUD ..... 1      2	
	j) Une cuisinière, à gaz ou électrique?	J) CUISINIÈRE ..... 1      2	
	k) Un foyer amélioré?	k) FOYER AMÉLIORÉ ..... 1      2	
	l) Un climatiseur?	l) CLIMATISEUR ..... 1      2	
	m) Un modem/clé internet?	m) INTERNET ..... 1      2	
	n) Un panneau solaire?	n) PANNEAUX SOLAIRES ..... 1      2	
	o) Un groupe électrogène?	o) GROUPE ELECTROGENE ..... 1      2	
133	Est-ce qu'un membre de votre ménage possède :	OUI      NON	
	a) Une montre ?	a) MONTRE ..... 1      2	
	b) Un téléphone portable ?	b) TÉLÉPHONE PORTABLE .... 1      2	
	c) Une bicyclette ?	c) BICYCLETTE ..... 1      2	
	d) Une motocyclette ou un scooter ?	d) MOTOCYCLETTE/SCOOTER ..... 1      2	
	e) Une charrette tirée par un animal ?	e) CHARRETTE AVEC ANIMAL .. 1      2	
	f) Une voiture ou une camionnette ?	f) VOITURE/CAMIONNETTE .. 1      2	
	g) Un bateau à moteur ou une pinasse ?	g) BATEAU À MOTEUR/PINASSE ..... 1      2	
	h) Une charrue?	h) CHARRUES ..... 1      2	
	i) Une pirogue ?	i) PIROGUE ..... 1      2	
	j) Un tracteur?	j) TRACTEUR ..... 1      2	
	k) Un motoculteur/tracteur ?	k) MOTOCULTEUR/TRACTEUR ..... 1      2	
	l) un semoir motorisé ?	l) SEMOIR MOTORISE ..... 1      2	
	m) Une moto tricycle ?	m) MOTO TRICYCLE ..... 1      2	
134	Est-ce qu'un membre de ce ménage possède un compte dans une banque ou dans une autre institution financière ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
135	Est-ce qu'un membre de ce ménage utilise un téléphone portable pour effectuer des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou services ou recevoir un salaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
136	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume dans votre maison ? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	TOUS LES JOURS ..... 1 UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 UNE FOIS PAR MOIS ..... 3 MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS ..... 4 JAMAIS ..... 5	
137	Est-ce que votre ménage a des moustiquaires ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 148A
138	Combien de moustiquaires votre ménage a-t-il ?  SI 15 MOUSTIQUAIRES OU PLUS, NOTEZ '15'.	NOMBRE DE MOUSTIQUAIRES ... <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉ DE VOUS MONTRER TOUTES LES MOUSTIQUAIRES DU MÉNAGE. OBSERVEZ ET POSEZ LES QUESTIONS À PROPOS DE CHAQUE MOUSTIQUAIRE, UNE PAR UNE.		
139	ATTRIBUEZ À CHAQUE MOUSTIQUAIRE UN NOMBRE SÉQUENTIEL ET INSCRIVEZ LE	NUMÉRO DE MOUSTIQUAIRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
140	Je voudrais voir les moustiquaires. Pouvez-vous me montrer la première moustiquaire ?  ENREGISTRER SI LA MOUSTIQUAIRE A ÉTÉ OBSERVÉE OU NON	OBSERVÉE ..... 1 NON OBSERVÉE ..... 2	
141	Cela fait combien de mois que votre ménage a la moustiquaire ?  SI MOINS D'UN MOIS, NOTEZ '00'.	IL Y A MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  PLUS DE 36 MOIS ..... 95 PAS SÛR ..... 98	
142	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LA MARQUE/TYPE DE LA MOUSTIQUAIRE.  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE ET SI VOUS NE POUVEZ PAS VOIR LA MOUSTIQUAIRE, MONTREZ À L'ENQUÊTÉ DES PHOTOS DE MARQUES ET DE TYPES COURANTS DE MOUSTIQUAIRE.	<b>MOUSTIQUAIRE IMPRÉGNÉE D'INSECTICIDE À LONGUE DURÉE D'ACTION (MIILDA)</b> OLYSET ..... 11 PERMANET ..... 12 INTERCEPTOR ..... 13 SERENA ..... 14 YORKOOL ..... 15 YAMEI ..... 16 DAWA PLUS ..... 17 SAFENET ..... 18 AUTRE/NE CONNAÎT PAS LA MARQUE (MIILDA) ..... 19  AUTRE TYPE (PAS MIILDA) ..... 96 NE CONNAÎT PAS LE TYPE ..... 98	
143	Avez-vous obtenu la moustiquaire à l'occasion des campagnes de distribution de masse de 2020, celle de 2023, celle de 2024, durant une consultation prénatale ou au cours d'une visite pour une vaccination ?	OUI, CAMPAGNE DE 2020 ..... 1 OUI, CAMPAGNE DE 2023 ..... 2 OUI, CAMPAGNE DE 2024 ..... 3 OUI, PRÉNATALE ..... 4 OUI, VISITE POUR VACCINATION ..... 5  NON ..... 6	→ 145
144	Où avez-vous obtenu la moustiquaire ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PUBLIC ..... 01 ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ ..... 02 PHARMACIE ..... 03 BOUTIQUE/MARCHÉ ..... 04 ONG ..... 05 INSTITUTION RELIGIEUSE ..... 06 ÉCOLE ..... 07 ZONE MINIÈRE ..... 08 AUTRE ..... 96 NE SAIT PAS ..... 98	
145	Est-ce que, la nuit dernière, quelqu'un a dormi sous cette moustiquaire ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 147 → 148

MOUSTIQUAIRES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
146	<p>Qui a dormi sous cette moustiquaire la nuit dernière ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM DE LA PERSONNE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE.</p>	<p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <hr/> <p>NOM _____</p> <p>N° DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 148</p>	
147	<p>Pour quelle raison principale, cette moustiquaire n'a-t-elle pas été utilisée la nuit dernière ?</p>	<p>TROP CHAUD .....01</p> <p>N'AIME PAS LA FORME/COULEUR/TAILLE DE LA MOUSTIQUAIRE ..... 02</p> <p>N'AIME PAS L'ODEUR/ALLERGI ..... 03</p> <p>INCAPABLE DE LA SUSPENDRE/PARESSE ... 04</p> <p>A DORMI DEHORS ..... 05</p> <p>L'UTILISATEUR HABITUEL N'A PAS DORMI ICI LA NUIT DERNIÈRE ..... 06</p> <p>PAS DE MOUSTIQUES/PAS DE PALUDISME ... 07</p> <p>MOUSTIQUAIRE SUPPLÉMENTAIRE/GARDÉE POUR PLUS TARD/POUR VISITEURS ..... 08</p> <p>MOUSTIQUAIRE DEFECTUEUSE/ MAUVAIS ETAT/NON UTILISABLE ..... 09</p> <p>PENSE QUE INUTILE D'UTILISER ..... 10</p> <p>PRÉFÈRE UTILISER VENTILATEUR/ CLIMATISEUR/INSECTICIDE ..... 11</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>		
148	<p>RETOURNEZ À 139 POUR LA MOUSTIQUAIRE SUIVANTE ; S'IL N'Y A PLUS DE MOUSTIQUAIRES, ALLEZ À 148A.</p>			

TRANSFERTS SOCIAUX

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
148A	J'aimerais vous poser des questions sur les multiples programmes d'aide économique extérieure dont peuvent bénéficier les ménages. Par aide extérieure, j'entends le soutien apporté par le gouvernement ou par des organisations non gouvernementales telles que des organisations religieuses, caritatives ou communautaires. Cela exclut le soutien apporté par la famille, par d'autres personnes proches, par des amis ou des voisins.		
148B	Connaissez-vous le programme gouvernemental d'urgence Jigisèmèjiri?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 148E
148C	Est-ce que votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à Jigisèmèjiri ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 148E
148D	Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide pour la dernière fois grâce à Jigisèmèjiri ?  INSCRIVEZ EN MOIS SI MOINS DE 12 MOIS; EN ANNÉES SI 1AN /12 MOIS OU PLUS	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
148E	Est-ce que votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à un programme d'aide économique extérieure autre que Jigisèmèjiri ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛR ..... 8	→ 149
148F	VÉRIFIEZ SI 148B=2, 148C=2, OU148C=8  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à un programme d'aide économique extérieure pour la dernière fois ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Quand votre ménage ou l'une des personnes qui composent votre ménage a reçu une aide grâce à cet autre programme pour la dernière fois ?</p> </div> </div> INSCRIVEZ EN MOIS SI MOINS DE 12 MOIS; EN ANNÉES SI 1AN /12 MOIS OU PLUS	MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  ANNÉE 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
149	Nous voudrions connaître l'endroit utilisé par les membres du ménage pour se laver les mains. Pouvez-vous me montrer, s'il vous plait, où les membres du ménage se lavent les mains ?	OBSERVÉ, ENDROIT FIXE ..... 1 OBSERVÉ, NON FIXE ..... 2 NON OBSERVÉ, PAS DANS LOGEMENT /COUR/PARCELLE . 3 NON OBSERVÉ, PERMISSION DE VOIR NON OBTENUE .. 4 NON OBSERVÉ, AUTRE RAISON ..... 5	} → 152
150	OBSERVEZ LA PRÉSENCE D'EAU À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS.  NOTEZ L'OBSERVATION.	EAU DISPONIBLE ..... 1 EAU NON DISPONIBLE ..... 2	
151	OBSERVEZ LA PRÉSENCE DE SAVON, DE DÉTERGENT OU D'AUTRES PRODUITS NETTOYANTS À L'ENDROIT UTILISÉ POUR SE LAVÉ LES MAINS  NOTEZ L'OBSERVATION.	SAVON OU DÉTERGENT (EN MORCEAU, LIQUIDE, POUDRE, PÂTE) . A CENDRE, BOUE, SABLE ..... B  AUCUN ..... Y	
152	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU SOL DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> TERRE/SABLE/GRAVIER ..... 11 BOUSE ..... 12 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> PLANCHES EN BOIS ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> PARQUET OU BOIS CIRÉ ..... 31 BANDES DE VINYLE/ASPHALTE ..... 32 CARRELAGE ..... 33 CIMENT ..... 34 MOQUETTE ..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
153	OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DU TOIT DU LOGEMENT.  NOTEZ L'OBSERVATION.	<b>MATÉRIAU NATUREL</b> PAS DE TOIT ..... 11 CHAUME/PALMES/FEUILLES/TIGES DE MIL 12 MOTTES DE TERRE ..... 13 <b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b> NATTE ..... 21 PALMES/BAMBOU ..... 22 PLANCHES EN BOIS ..... 23 CARTON ..... 24 BACHE/PLASTIQUE ..... 25 <b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b> TÔLE ..... 31 BOIS ..... 32 ZINC/FIBRE DE CIMENT ..... 33 TUILES ..... 34 CIMENT ..... 35 SHINGLES ..... 36  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	

AUTRES CARACTÉRISTIQUES DU LOGEMENT

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
154	<p>OBSERVEZ LE MATÉRIAU PRINCIPAL DES MURS EXTÉRIEURS DU LOGEMENT.</p> <p>NOTEZ L'OBSERVATION.</p>	<p><b>MATÉRIAU NATUREL</b></p> <p>PAS DE MUR ..... 11</p> <p>BAMBOU/CANE/PALME/TRONC ..... 12</p> <p>TERRE ..... 13</p> <p><b>MATÉRIAU RUDIMENTAIRE</b></p> <p>BAMBOU AVEC BOUE ..... 21</p> <p>PIERRES AVEC BOUE ..... 22</p> <p>ADOBE NON RECOUVERT ..... 23</p> <p>CONTRE-PLAQUÉ ..... 24</p> <p>CARTON ..... 25</p> <p>BOIS DE RÉCUPÉRATION ..... 26</p> <p><b>MATÉRIAU ÉLABORÉ</b></p> <p>CIMENT ..... 31</p> <p>PIERRES AVEC CHAUX/CIMENT ..... 32</p> <p>BRIQUES ..... 33</p> <p>BLOCS DE CIMENT ..... 34</p> <p>ADOBE RECOUVERT ..... 35</p> <p>PLANCHE EN BOIS/SHINGLES ..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p>									
155	<p>Je voudrais vérifier si le sel utilisé dans votre ménage est iodé. Puis-je avoir un peu de sel qui est utilisé pour cuisiner dans votre ménage ?</p> <p>TEST DU SEL POUR L'IODE.</p>	<p><b>SEL TESTÉ</b></p> <p>PRÉSENCE D'IODE ..... 1</p> <p>PAS D'IODE ..... 2</p> <p><b>SEL NON TESTÉ</b></p> <p>LE MÉNAGE UTILISE DU SEL MAIS IL N'Y A PAS DE SEL DANS LE MÉNAGE .... 3</p> <p>LE MÉNAGE N'UTILISE PAS DE SEL .... 4</p> <p>SEL NON TESTÉ _____ 6</p> <p align="center">(PRÉCISEZ LA RAISON)</p>									
156	NOTEZ L'HEURE.	<p>HEURES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p>									

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTEUR/ENQUÊTRICE

À REMPLIR, UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES CONCERNANT L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

SEPTIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI  
EDSM-VII  
QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITÉ _____																
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
NUMÉRO DE MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____																
FEMME SÉLECTIONNÉE POUR MODULE VD ? (1=OUI, 2=NON) .....																
VISITES D'ENQUÊTRICES																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE N° ENQUÊTR. RÉSULTAT*												
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>												
PROCHAIN DATE VISITE	_____	_____		RÉSULTAT* NOMBRE TOTAL DE VISITES												
HEURE	_____	_____		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td></tr> </table>												
<p>*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ      4 REFUSÉ                  2 PAS À LA MAISON      5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ      7 AUTRE _____                  3 DIFFÉRÉ      6 INCAPACITÉ      PRÉCISEZ</p>																
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>0 1</b>      LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="text"/> <input type="text"/>      LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <input type="text"/> <input type="text"/>      INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <input type="text"/></p>																
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <b>FRANÇAIS</b>      **CODES LANGUES :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 FRANÇAIS</td> <td>07 DOGON</td> </tr> <tr> <td>02 BAMBARA/MALINKÉ</td> <td>08 MINIANKA</td> </tr> <tr> <td>06 MARKA/SONINKÉ</td> <td>09 TAMACHECK</td> </tr> <tr> <td>04 PEUHL/FOULFOULDÉ</td> <td>10 BOBO/DAFING</td> </tr> <tr> <td>05 SÉNOUFO</td> <td>11 BOZO</td> </tr> <tr> <td>06 MARKA/SONINKÉ</td> <td>96 AUTRE</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">(PRÉCISEZ)</p>					01 FRANÇAIS	07 DOGON	02 BAMBARA/MALINKÉ	08 MINIANKA	06 MARKA/SONINKÉ	09 TAMACHECK	04 PEUHL/FOULFOULDÉ	10 BOBO/DAFING	05 SÉNOUFO	11 BOZO	06 MARKA/SONINKÉ	96 AUTRE
01 FRANÇAIS	07 DOGON															
02 BAMBARA/MALINKÉ	08 MINIANKA															
06 MARKA/SONINKÉ	09 TAMACHECK															
04 PEUHL/FOULFOULDÉ	10 BOBO/DAFING															
05 SÉNOUFO	11 BOZO															
06 MARKA/SONINKÉ	96 AUTRE															
<p>ÉQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td></tr> </table> <p>NUMÉRO</p>				<p>CHEF D'ÉQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> <p>NOM _____ NUMÉRO</p>												

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INSTAT). En collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout au Mali. 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 questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

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

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

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Dans quelle RÉGION êtes-vous née ?	KAYES ..... 01 KOULIKORO ..... 02 SIKASSO ..... 03 SÉGOU ..... 04 MOPTI ..... 05 TOMBOUCTOU ..... 06 GAO ..... 07 KIDAL ..... 08 TAOUDENIT ..... 09 MÉNAKA ..... 10 BAMA KO ..... 11 EN DEHORS DU MALI/À L'ÉTRANGER ..... 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS ..... 95 VISITEUR ..... 96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 :  00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	Juste avant d'emménager ici, dans quelle RÉGION viviez-vous ?	KAYES ..... 01 KOULIKORO ..... 02 SIKASSO ..... 03 SÉGOU ..... 04 MOPTI ..... 05 TOMBOUCTOU ..... 06 GAO ..... 07 KIDAL ..... 08 TAOUDENIT ..... 09 MÉNAKA ..... 10 BAMAKO ..... 11 EN DEHORS DU MALI/À L'ÉTRANGER .... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville comme Bamako, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE (BAMAKO, AUTRE CAPITAL,...) 1 AUTRE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
109	Pourquoi avez-vous déménagé dans cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 MARIAGE ..... 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE/AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ ..... 05 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 : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle ..... 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle ..... 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) 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"/>	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	VÉRIFIEZ 114 : FONDAMENTAL 1er Cycle, <input type="checkbox"/> FONDAMENTAL 2nd Cycle SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →	119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
118	VÉRIFIEZ 117: CODE '2', '3' OU '4' ↓ ENCERCLÉ	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> →	120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou 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 PROTESTANT ..... 03 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE ..... 04 ANIMISTE ..... 05 SANS RELIGION ..... 06  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	<p align="center"><b>CODE ETHNIE (Pour les MALIENS)</b></p> BAMBARA ..... 01 MALINKE ..... 02 PEULH ..... 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA ..... 04 KASSONKE ..... 05 SONRAÏ ..... 06 DOGON ..... 07 TOUAREG/BELLA ..... 08 SÉNOUFO/MINIANKA ..... 09 BOBO ..... 10 BOZO ..... 11 ARABE/MAURE ..... 12 AUTRE ETHNIE MALIENNE _____ 16 (PRÉCISEZ)	
		<p align="center"><b>CODE NATIONALITÉ (Pour les ÉTRANGERS)</b></p> PAYS CEDEAO ..... 21 AUTRES PAYS AFRICAINS ..... 22 AUTRES NATIONALITÉS ..... 23	
132	VÉRIFIEZ 111: ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/>	ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/>	1200

## 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 ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES À LA MAISON ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES AILLEURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
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 ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Et combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL NAISSANCES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VÉRIFIEZ 208 :  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au total (NOMBRE DE NAISSANCES) 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.		

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
210	Il arrive parfois que les femmes ont une grossesse qui ne se termine pas par une naissance vivante. Par exemple, une grossesse peut se terminer en fausse-couche, par un avortement ou l'enfant peut être mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 212
211	Combien de fausses couches, d'avortements et de mort-nés avez-vous eus ?	PERTES DE GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	FAITES LA SOMME DE 208 ET 211 ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUNE, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DU RÉSULTAT DES GROSSESSES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
213	VÉRIFIEZ 212:  UNE GROSSESSE PASSÉE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓	AUCUNE GROSSESSE <input type="checkbox"/> PASSÉE	→ 232

## SECTION 2. REPRODUCTION

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.

ENREGISTRER LES JUMEAUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.

NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE	215	216	217	218	219	220	221	222
	<b>SI LIGNE=01</b> Rappelez-vous de votre première grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, des jumeaux ou triplés ? <b>SI LIGNE&gt;01</b> Rappelez-vous de votre suivante grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, des jumeaux ou triplés ?	<b>SI 215=SIMPLE :</b> Est-ce que le bébé est né vivant, mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ?  <b>SI 215&gt;1 :</b> <b>PREM. DE MULT.</b> Est-ce que le premier bébé de cette grossesse est né vivant ou mort ?  <b>SUIV. DE MULT.</b> Est-ce que le prochain bébé de cette grossesse est né vivant ou mort ?	Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?	Quel nom a été donné au bébé ?  INSCRIVEZ LE NOM.	(NOM EN 218) est-il un garçon ou une fille ?	<b>VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE .</b>  <b>NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT .</b>  <b>SI NÉ VIVANT. :</b> Quel jour, quel mois et en quelle année (NOM EN 218) est-il/elle né(e) ?  <b>SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORT. :</b> Quel jour, quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-elle terminée ?	Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?   ENREGISTRER EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.	<b>SI LIGNE=01 :</b> Y a-t-il eu d'autres grossesses avant cette grossesse ?  <b>SI LIGNE&gt;01 :</b> Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?  SI 215>1 ET CE N'EST PAS LA PREMIÈRE NAISSANCE DE LA GROSSESSE. PASSEZ À 216 À LA LIGNE SUIVANTE
01	SIMPLE 1 JUME ... 2  TRIP ... 3 QUAD .. 4 QUIN ... 5	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT 4	OUI ..... 1  NON ..... 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. .... 1  FILLE ... 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
02	SIMPLE 1 JUME ... 2  TRIP ... 3 QUAD .. 4 QUIN ... 5	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT 4	OUI ..... 1  NON ..... 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. .... 1  FILLE ... 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
03	SIMPLE 1 JUME ... 2  TRIP ... 3 QUAD .. 4 QUIN ... 5	NÉ VIVANT ..... 1 (ALLEZ À 218) ←  MORT NÉ ..... 2  FAUSSE-COUCHE ..... 3 (ALLEZ À 220) ← AVORTEMENT 4	OUI ..... 1  NON ..... 2 ↓ (ALLEZ À 220)	_____ NOM	GAR. .... 1  FILLE ... 2	JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS <input type="text"/> <input type="text"/>  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE	SEMAINE 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI ..... 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←  NON ..... 2 (LIGNE SUIVANTE) ←
222A	Avez-vous eu une grossesse qui s'est terminée depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?						OUI ..... 1 → AJOUTEZ AU TABLEAU NON ..... 2	
222B	LISEZ LA LISTE DES RÉSULTATS DE LA GROSSESSE DANS L'ORDRE À L'ENQUÊTÉE ET DEMANDEZ-LUI S'ILS CORRESPONDENT À TOUS LES RÉSULTATS QU'ELLE A EUS ET S'ILS SONT ÉNUMÉRÉS DANS L'ORDRE À PARTIR DU PREMIER.  EST-CE QUE L'ENQUÊTÉE EST D'ACCORD ? SI NON, INSISTEZ POUR OBTENIR LES INFORMATIONS CORRECTES ET RÉVISEZ L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE EN CONSÉQUENCE.							

## SECTION 2. REPRODUCTION

NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTOIRIQUE DE LA GROSSESSE	223	224	225	226	227	228
			SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE :			SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ :
	<p>VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221:</p> <p>SI 216=1 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI 216=2 OU 3, VÉRIFIEZ 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ.</p> <p>SI 221 &lt; 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE.</p> <p>SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.</p>	<p>(NOM EN 218) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p><b>SI 219=GAR :</b> Quel âge avait (NOM EN 218) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p> <p><b>SI 219=FILLE :</b> Quel âge avait (NOM EN 218) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE.</p>	<p>(NOM EN 218) 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><b>SI 219=GAR :</b> Quel âge avait (NOM EN 218) quand il est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM EN 218) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM EN 218) quand il est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p> <p><b>SI 219=FILLE :</b> Quel âge avait (NOM EN 218) quand elle est décédée ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM EN 218) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM EN 218) quand elle est décédée ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>
01	<p>NÉ VIVANT ..... 1</p> <p>MORT NÉ ..... 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE .... 3</p> <p>AVORTEMENT ... 4</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE 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>NON ..... 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE 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 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
230	COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE  NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGAL À 212 <input type="checkbox"/>	NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/>  (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←	
231	<p><b>C</b> POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)</p> <p>POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2018-2023, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE.</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	Êtes-vous actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 236
233	De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.  <p><b>C</b> INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</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>	SEMAINES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/>  MOIS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
234	Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 236
235	VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES  UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ?      b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?	PLUS TARD ..... 1 PLUS/AUCUN ..... 2	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?  _____ (DATE, SI DONNÉE)	IL Y A JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES ..... 2 IL Y A MOIS ..... 3 IL Y A ANNÉES ..... 4  EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE ..... 994 AVANT LA DERNIÈRE GROSSESSE .... 995 JAMAIS EU DE RÈGLES ..... 996									→ 240 → 241
237	VÉRIFIEZ 236 : EST-CE QUE LES DERNIÈRES RÈGLES ONT EU LIEU AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ?  OUI, <input type="checkbox"/> AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE ↓	NON, <input type="checkbox"/> UNE ANNÉE OU PLUS	→ 240								
238	Durant vos dernières règles, qu'avez-vous utilisé pour recueillir ou absorber le sang des règles ?  Autre chose ?	SERVIETTES HYGIÉNIQUES RÉUTILISABLES . A SERVIETTES HYGIÉNIQUES JETABLES ..... B TAMPONS ..... C COUPE MENSTRUELLE ..... D TISSU ..... E PAPIER TOILETTE ..... F COTON ..... G SOUS-VÊTEMENT SEULEMENT ..... H  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) RIEN ..... Y									
239	Durant vos dernières règles, est-ce que vous avez pu vous laver et vous changer en privé chez vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 LOIN DE LA MAISON PENDANT SES DERNIÈRES RÈGLES ..... 3									
240	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premières règles ?	ÂGE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 98									
241	Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 243								
242	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES NE COMMENCENT ..... 1 PENDANT LES RÈGLES ..... 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES ..... 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES ..... 4  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8									
243	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles ne soient revenues ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									

## SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.	
01	Avez-vous déjà entendu parler de stérilisation féminine ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
02	Avez-vous déjà entendu parler de stérilisation masculine ? INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	Avez-vous déjà entendu parler de DIU ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	Avez-vous déjà entendu parler d'injectables ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	Avez-vous déjà entendu parler d'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	Avez-vous déjà entendu parler de pilule ? INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	Avez-vous déjà entendu parler de condom ? INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	Avez-vous déjà entendu parler de condom féminin ? INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
09	Avez-vous déjà entendu parler de contraception d'urgence ? INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre pendant 3 jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2
10	Avez-vous déjà entendu parler de méthode des jours fixes ? INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	Avez-vous déjà entendu parler de 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	Avez-vous déjà entendu parler de 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	Avez-vous déjà entendu parler de retrait ? INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE  _____ A (PRÉCISEZ)  OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE  _____ B (PRÉCISEZ) NON ..... Y

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 232 :  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 307
304	Est-ce que vous, ou votre partenaire, êtes stérilisé ? SI OUI : Qui est stérilisé, vous ou votre partenaire ?	OUI, ENQUÊTÉE STÉRILISÉE SEULEMENT ... 1 OUI, PARTENAIRE STÉRILISÉ SEULEMENT ..... 2 OUI, LES DEUX STÉRILISÉS ..... 3 NON, NI L'UN, NI L'AUTRE STÉRILISÉ ..... 4	→ 306
305	VÉRIFIEZ 304:  ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉE SEULEMENT ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	PARTENAIRE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ SEULEMENT ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	LES DEUX <input type="checkbox"/> STÉRILISÉS ↓  PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.
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 contraception d'urgence ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 317
307	Quelle méthode utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.      SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B DIU ..... C INJECTABLES ..... D IMPLANTS ..... E PILULE ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J MAMA ..... K MÉTHODE DU RYTHME ..... L RETRAIT ..... M AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y	→ 312 → 314 → 314 → 310 → 311 → 314
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

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
310	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PILPLAN ..... 01 OVRETTE ..... 02 LO FEMENAL ..... 03 MINDRIL ..... 04 STEDIRIL ..... 05 ADEPAL ..... 06 MICROGYN ..... 07  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	→ 314
311	Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	PRUDENCE ..... 01 PROTECTOI ..... 02 DUREX ..... 03  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> HÔPITAL NATIONAL ..... 11 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .... 13 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE CONFESSIONNEL ..... 22 CABINET MÉDICAL ..... 23 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
313	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	→ 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 ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
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> <p>ANNÉE EST 2018-2023 <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p>	<p>ANNÉE EST 2017 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p><b>C</b> INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2018.</p> <p>ENSUITE (ALLEZ À 329) ←</p>	
317	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>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 2017. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p>	<b>C</b>	
317A	<p>MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.</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>	
317B	<p>Entre (ÉVÉNEMENT ONE) en (MOIS/ANNÉE UN) et (ÉVÉNEMENT DEUX) en (MOIS/ANNÉE DEUX), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 317I
317C	<p>Quelle était cette méthode ?</p>	<p>CODE MÉTHODE ..... <input type="text"/></p>	
317D	<p>Combien de mois après (ÉVÉNEMENT UN) en (MOIS/ANNÉE UN) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) ?</p> <p>ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA</p>	<p>IMMÉDIATEMENT ..... 00</p> <p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATE DONNÉE ..... 95</p>	→ 317F
317E	<p>INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.</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>	
317F	<p>Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE ACTUELLE) ?</p> <p>ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>DATE DONNÉE ..... 95</p>	→ 317H
317G	<p>INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.</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>	
317H	<p>Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) ?</p>	<p>RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ ..... <input type="text"/></p>	
317I	<p>RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.</p>		

## SECTION 3. CONTRACEPTION

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

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
322	<p>Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE DE 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p> <p>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.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE CONFESSIONNEL ..... 22 CABINET MÉDICAL ..... 23 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41 BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 42 KIOSQUE/TABLIER ..... 43 VENDEUR AMBULANT ..... 44 AMIS/PARENTS ..... 45</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 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 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 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 NON ..... 2</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
327	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE EST ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p>	→ 332
328	<p>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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 330
329	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p>ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE :</p> <p>SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 307, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>DIU ..... 03</p> <p>INJECTABLES ..... 04</p> <p>IMPLANTS ..... 05</p> <p>PILULE ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... 09</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... 95</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... 96</p>	<p>→ 332</p> <p>→ 332</p> <p>→ 332</p>

## SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>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.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CONFESSIONNEL ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 23</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 42</p> <p>KIOSQUE/TABLIER ..... 43</p> <p>VENDEUR AMBULANT ..... 44</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 45</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</p>	332
331	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 334
333	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/>      NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 401
335	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
409	Est-ce que vous voulez avoir un enfant plus tard, ou pas d'enfant du tout ?	PLUS TARD ..... 1 PAS D'ENFANT DU TOUT ..... 2	→ 411
410	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
411	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE .... 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 434 → 434 → 475
412	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 414
413	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 420) ←	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT	→ 426
414	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	<b>PERSONNEL QUALIFIÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE OBSTETRICIENNE/ SAGE-FEMME ..... B  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ET SUVIE (ATR) .. D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... F  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	
415	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Pas d'autre endroit ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. 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.	<b>MAISON</b> MAISON DE L'ENQUETEE ..... A AUTRE MAISON ..... B  <b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL ..... C HÔPITAL RÉGIONAL ..... D CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. E CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. F DISPENSARE/MATERNITÉ ..... G INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. H CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS)..... I  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... J (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... K CENTRE CONFESSIONNEL ..... L CABINET MÉDICAL ..... M CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... N  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... O (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... P CLINIQUE ONG ..... Q  AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... U (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																
416	De combien de semaines ou de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ?	SEMAINES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998																																	
417	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98																																	
418	Dans le cadre de vos soins prénatals durant cette grossesse, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Mesurer votre pression artérielle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Effectuer un prélèvement d'urine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Effectuer un prélèvement sanguin ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>f) Parler avec vous de l'allaitement ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) Mesurer votre pression artérielle ?	1	2	8	b) Effectuer un prélèvement d'urine ?	1	2	8	c) Effectuer un prélèvement sanguin ?	1	2	8	d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?	1	2	8	e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?	1	2	8	f) Parler avec vous de l'allaitement ?	1	2	8	g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																
a) Mesurer votre pression artérielle ?	1	2	8																																
b) Effectuer un prélèvement d'urine ?	1	2	8																																
c) Effectuer un prélèvement sanguin ?	1	2	8																																
d) Écouter les battements cardiaques du bébé ?	1	2	8																																
e) Parler avec vous des aliments ou de la quantité de nourriture que vous devriez manger ?	1	2	8																																
f) Parler avec vous de l'allaitement ?	1	2	8																																
g) Demander si vous aviez eu des saignements vaginaux ?	1	2	8																																
419	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT →	426																																
420	Durant cette grossesse, est-ce que l'on vous a fait une injection dans le bras pour éviter au bébé de contracter le tétanos après la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	423																																
421	Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8																																	
422	VÉRIFIEZ 421 : UNE FOIS OU NSP ↓	DEUX FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/>	426																																
423	À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	426																																
424	Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu une injection contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8																																	
425	VÉRIFIEZ 424 : <table> <tr> <td>SEULE- MENT UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/></td> <td>PLUS D'UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?</td> <td>b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?</td> </tr> </table>	SEULE- MENT UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/>	PLUS D'UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/>	a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?	b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?	IL Y A ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																													
SEULE- MENT UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/>	PLUS D'UNE FOIS ↓ <input type="checkbox"/>																																		
a) Il y a combien d'années que vous avez reçu cette injection contre le tétanos ?	b) Il y a combien d'années que vous avez reçu la dernière injection contre le tétanos avant cette grossesse ?																																		

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
426	<p>Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer combiné à l'acide folique/ACFOL ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/ SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 429
427	<p>Où avez-vous obtenu les comprimés de fer combiné à l'acide folique/ACFOL ou le sirop contenant du fer ?</p> <p>Quelque part d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE.  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>  PHARMACIE HÔPITALIÈRE ..... A  DEPOTS DE VENTE DE MÉDICAMENTS/  CENTRE DE SANTÉ DE  RÉFÉRENCE/CSRef ..... B  DEPOTS DE VENTE DE MÉDICAMENTS/  CENTRE DE SANTÉ DE  COMMUNAUTAIRE/CSCOM ..... C  DISPENSARE/MATERNITÉ ..... D  INFIRMIERIE DE GARNISON MILITAIRE ..... E  CENTRE MÉDICAUX INTER-ENTREPRISES  (CMIE/INPS)..... F</p> <p>AUTRE SECTEUR  PUBLIC ..... G  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b>  HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... H  CENTRE CONFESIONNEL ..... I  CABINET MÉDICAL ..... J  CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... K  PHARMACIE ..... L  AGENT DE SANTÉ  COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS ..... M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL  PRIVÉ ..... N  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b>  HÔPITAL ONG ..... O  CLINIQUE ONG ..... P  AUTRE SECTEUR MÉDICAL  ONG ..... Q  (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b>  BOUTIQUE ..... R  VENDEUR DE MÉDICAMENTS AMBULANTS S  GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL T  MARCHÉ ..... U</p> <p>AUTRE ..... X  (PRÉCISEZ)</p>	
428	<p>Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	
429	<p>Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?</p>	<p>OUI ..... 1  NON ..... 2  NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
431	Durant cette grossesse, avez-vous pris de la sulfadoxine pyrimétamine (SP) pour éviter le paludisme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 434
432	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris les 3 comprimés de la SP ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	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 ?  SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE.	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE DANS ÉTABLIS. DE SANTÉ ... 2 AILLEURS ..... 6	
434	VÉRIFIEZ 405:  TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 1 OU 2 ↓  a) Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM EN 407) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	TYPE GROSSESSE <input type="text"/> 3 OU 4 ↓  b) Qui a assisté l'accouchement de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?  Quelqu'un d'autre ?  INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.	<b>PERSONNEL QUALIFIÉ</b> MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE OBSTÉTRICIENNE/ SAGE-FEMME ..... B  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ET SUIVIE (ATR) ... D ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE .... E AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... F PARENTS/AMIS ..... G  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)  PERSONNE N'A ASSISTÉ ..... Y

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
435	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) Où avez-vous accouché de (NOM EN 407) ?</p> <p>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.</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4 ↓</p> <p>b) Où a eu lieu l'accouchement de cet enfant mort-né ?</p> <p>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.</p>	<p><b>MAISON</b></p> <p>MAISON DE L'ENQUETEE ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12 → 437</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE ... 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ... 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 25</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE ... 26</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS)..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE CONFSSIONNEL ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 33</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96 → 437 (PRÉCISEZ)</p>	
436	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 OU 2 ↓</p> <p>a) Avez-vous accouché de (NOM EN 407) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3 OU 4 ↓</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 → 441</p> <p>MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 → 445</p> <p>MORT-NÉ PRÉCÉDENT ..... 4 → 487</p>	
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM EN 407) sur votre poitrine ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 → 441</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
439	Est-ce que la peau de (NOM EN 407) touchait votre peau ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2 → 441</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
440	<p>Combien de temps après la naissance, (NOM EN 407) a -t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ?</p> <p>INSISTEZ POUR AVOIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE ; SI 24 HEURES OU PLUS, ENREGISTREZ 24</p>	<p>IMMÉDIATEMENT ..... 00</p> <p>HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
441	Quand (NOM EN 407) 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 EN 407) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 444
443	Combien (NOM EN 407) pesait-il/elle ?	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 <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓	NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> PRÉCÉDENTE	→ 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"/> ENCERCLÉ	→ 464
447	VÉRIFIEZ 405:  TYPE GROSSESSE 1 <input type="checkbox"/> TYPE GROSSESSE 3 <input type="checkbox"/> 1 ↓                                    3 ↓  a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM EN 407) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?  b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	
448	Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée.  Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 451
449	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?  SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
450	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PERSONNEL QAULIFÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... 24  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)													
451	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ↓ <input type="checkbox"/> </div> <div style="text-align: center;">           MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ↓ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 455												
452	Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM EN 407)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM EN 407), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM EN 407).  Avant que (NOM EN 407) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 455												
453	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM EN 407) ?  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 style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998													
454	Qui a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PERSONNEL QAULIFÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... 24  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 style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> JOURS ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> 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><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> NE SAIT PAS ..... 998													

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
457	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PERSONNEL QAULIFÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS ..... 24  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
458	Où a eu lieu l'examen ?  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>MAISON</b> MAISON DE L'ENQUETEE ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12  <b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL ..... 21 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 23 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 25 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 26 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS)..... 27  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 CENTRE CONFESSIONNEL ..... 32 CABINET MÉDICAL ..... 33 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 34  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 41 CLINIQUE ONG ..... 42  AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46 (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
459	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT	→ 474
460	Après que (NOM EN 407) a quitté (ÉTABLISSEMENT À 435), est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 473
461	Combien de temps après la naissance de (NOM EN 407) 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 JOURS ..... 2 SEMAINES ..... 3 NE SAIT PAS ..... 998	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
462	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p><b>PERSONNEL QAULIFÉ</b></p> <p>MÉDECIN ..... 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12</p> <p><b>AUTRE PERSONNEL</b></p> <p>MATRONE ..... 21</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... 24</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
463	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM EN 407) ?</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>MAISON DE L'ENQUETEE ..... 11</p> <p>AUTRE MAISON ..... 12</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 21</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE ... 23</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 25</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 26</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS)..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 28</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31</p> <p>CENTRE CONFSSIONNEL ..... 32</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 33</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 34</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 41</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	473
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 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 EN 407) ?</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 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>	<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</p> <p>JOURS ..... 2</p> <p>SEMAINES ..... 3</p> <p>NE SAIT PAS ..... 998</p>	

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
466	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PERSONNEL QAULIFÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS .... 24  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)													
467	Où a eu lieu ce premier examen ?  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>MAISON</b> MAISON DE L'ENQUETEE ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12  <b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL ..... 21 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 23 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 24 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 25 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 26 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 27  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 CENTRE CONFSSIONNEL ..... 32 CABINET MÉDICAL ..... 33 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 34  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 41 CLINIQUE ONG ..... 42  AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46 (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)													
468	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span> <input type="checkbox"/>            NAISSANCE VIVANTE            LA PLUS RÉCENTE         </span> <span> <input type="checkbox"/>            MORT-NÉ            LE PLUS RÉCENT         </span> </div>		→ 474												
469	Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM EN 407) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM EN 407), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM EN 407).  Après que (NOM EN 407) est né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 473												
470	Combien de temps après la naissance de (NOM EN 407) 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> <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> <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> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> NE SAIT PAS ..... 998													

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																								
471	Qui a examiné l'état de santé de (NOM EN 407) à ce moment-là ?  INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	<b>PERSONNEL QAULIFÉ</b> MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME ..... 12  <b>AUTRE PERSONNEL</b> MATRONE ..... 21 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE FORMÉE ..... 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE ..... 23 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/ RELAIS ..... 24  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																									
472	Où a eu lieu le premier examen de (NOM EN 407) ?  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>MAISON</b> MAISON DE L'ENQUETEE ..... 11 AUTRE MAISON ..... 12  <b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL ..... 21 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 22 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE ..... 23 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE ..... 24 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 25 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE ..... 26 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 27  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PUBLIC ..... 28 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 31 CENTRE CONFSSIONNEL ..... 32 CABINET MÉDICAL ..... 33 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 34  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 41 CLINIQUE ONG ..... 42  AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 46 (PRÉCISEZ)  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)																									
473	Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM EN 407), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?  a) Il a examiné le cordon ? b) Il a vérifié la température de (NOM EN 407) ? c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ? d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ? e) Il a observé (NOM EN 407) en train d'être allaité pour voir si vous le faisiez correctement ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ATTENTION MÉDICALE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) PARLÉ ALLAITEMENT .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) CORDON .....	1	2	8	b) TEMP .....	1	2	8	c) ATTENTION MÉDICALE .....	1	2	8	d) PARLÉ ALLAITEMENT .....	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																								
a) CORDON .....	1	2	8																								
b) TEMP .....	1	2	8																								
c) ATTENTION MÉDICALE .....	1	2	8																								
d) PARLÉ ALLAITEMENT .....	1	2	8																								
e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8																								
474	Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants :  a) Mesurer votre pression artérielle ? b) Parler de vos saignements vaginaux ? c) Discuter de planification familiale avec vous ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) SAIGNEMENTS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANIFICATION FAMILIALE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE .....	1	2	8	b) SAIGNEMENTS .....	1	2	8	c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8									
	OUI	NON	NSP																								
a) PRESSION ARTÉRIELLE .....	1	2	8																								
b) SAIGNEMENTS .....	1	2	8																								
c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8																								
475	VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 479																										

## SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
476	VÉRIFIEZ 405 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓         </div> <div style="text-align: center;">           GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓         </div> </div> a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM EN 407) ? b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2					
477	VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?  PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE	→ 479				
478	VÉRIFIEZ 405 :  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">           GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓         </div> <div style="text-align: center;">           GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓         </div> </div> a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM EN 407) ? b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2					
479	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ..... 3 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT ..... 5	→ 487				
480	Avez-vous allaité (NOM EN 407) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 482				
481	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:	VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 486 → 487				
482	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM EN 407) au sein pour la première fois ?  SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, INSCRIVEZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT .....000  HEURES ..... 1 <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> 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>					
483	Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM EN 407) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger – quelque chose comme de l'eau, lait artificiel, dattes, ou infusion de plantes médicinales?	OUI ..... 1 NON ..... 2					
484	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT :  VIVANT <input type="checkbox"/> ↓	DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/>	→ 487				
485	Allaité-vous encore (NOM EN 407) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2					

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
486	(NOM EN 407) 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 ?		
	<p>AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE) ←</p>	<p>PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p>	→ 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 align="center">UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">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 d'un 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 une carte de vaccination ou un autre document où les vaccinations de (NOM EN 503) sont inscrites ?	<p>OUI, A SEULEMENT UNE CARTE ..... 1</p> <p>OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ..... 2</p> <p>OUI, A UNE CARTE ET UN AUTRE DOCUMENT ..... 3</p> <p>NON, PAS DE CARTE ET PAS D'AUTRE DOCUMENT ..... 4</p>	→ 507  → 507
505	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM EN 503) ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
506	<p>VÉRIFIEZ 504 :</p> <p align="center">CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>	<p align="center">CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p>	→ 513
507	Puis-je voir la carte de vaccination ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM EN 503) sont inscrites ?	<p>OUI, SEULEMENT CARTE VUE ..... 1</p> <p>OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU .. 2</p> <p>OUI, CARTE ET AUTRE DOCUMENT VUS .. 3</p> <p>NI CARTE NI AUTRE DOCUMENT VUS ..... 4</p>	→ 513
508	ENREGISTREZ LA DATE DE NAISSANCE DE (NOM) DE LA CARTE DE VACCINATION 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 CARTE 95</p>	

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																																																										
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span> <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; vertical-align: middle;"></span>																																																																																																																																																											
509	<p>RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DE LA CARTE DE (NOM). INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;"></th> <th style="width:10%;">JOUR</th> <th style="width:10%;">MOIS</th> <th style="width:10%;">ANNÉE</th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> <th style="width:10%;"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS (ROTA) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV13) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS (ROTA) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV13) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS (ROTA) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE (PCV13) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfrivac)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR	MOIS	ANNÉE				BCG							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							ROTAVIRUS (ROTA) 1							PNEUMOCOQUE (PCV13) 1							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							ROTAVIRUS (ROTA) 2							PNEUMOCOQUE (PCV13) 2							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							ROTAVIRUS (ROTA) 3							PNEUMOCOQUE (PCV13) 3							VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3							VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 1							VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 2							VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1							VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)							VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfrivac)							VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2							VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)								
	JOUR	MOIS	ANNÉE																																																																																																																																																										
BCG																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																																																																																													
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																																													
ROTAVIRUS (ROTA) 1																																																																																																																																																													
PNEUMOCOQUE (PCV13) 1																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 1																																																																																																																																																													
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																																													
ROTAVIRUS (ROTA) 2																																																																																																																																																													
PNEUMOCOQUE (PCV13) 2																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 2																																																																																																																																																													
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																																													
ROTAVIRUS (ROTA) 3																																																																																																																																																													
PNEUMOCOQUE (PCV13) 3																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO ORAL (VPO) 3																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 1																																																																																																																																																													
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI) 2																																																																																																																																																													
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 1																																																																																																																																																													
VACCIN CONTRE LA FIÈVRE JAUNE (VAA)																																																																																																																																																													
VACCIN CONTRE LA MÉNINGITE (MenAfrivac)																																																																																																																																																													
VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2																																																																																																																																																													
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																																																													
510	<p>DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DE LA CARTE DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LA CARTE.</p>	<p>PHOTOGRAPHIE PRISE ..... 1                      PHOTOGRAPHIE NON PRISE,                      PERMISSION NON ACCORDÉE ..... 2                      PHOTOGRAPHIE NON PRISE,                      AUTRE RAISON _____ 6                      (PRÉCISEZ)</p>																																																																																																																																																											
511	<p>VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À 'VACCIN ANTIROUGEOLEUX (VAR) 2' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ?</p> <p align="center">NON <input type="checkbox"/></p> <p align="center">↓</p> <p align="center">OUI <input type="checkbox"/> → 529</p>																																																																																																																																																												

## SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512	En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM EN 503) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ?  INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 509 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.	OUI ..... 1 (UTILISEZ LA LISTE DANS CAPI POUR SELECTIONNER LES AUTRES VACCINATIONS DONNÉES. NOTEZ QUE CAPI CHANGERA LA RÉPONSE À 509 DANS LA COLONNE 'JOUR' DE '00' À '66' POUR LES VACCINATIONS SELECTIONNÉES)  (PASSEZ ENSUITE À 529)  NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
512A	VÉRIFIEZ 509: AU MOINS UNE VACCINATION ENREGISTRÉE SUR LA CARTE OU L'AUTRE DOCUMENT?  OUI <input type="checkbox"/> PASSEZ À 529 ← NON <input type="checkbox"/> → 530		
513	(NOM EN 503) 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 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 530
514	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
517	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 521
518	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les 2 premières semaines après sa naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES ..... 1 PLUS TARD ..... 2	
519	Combien de fois (NOM EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
520	La dernière fois que (NOM EN 503) a reçu des gouttes contre la polio, est-ce que (NOM EN 503) a aussi reçu une injection de VPI dans la cuisse pour le/la protéger contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 521
520A	Combien de fois (NOM EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la polio sous forme d'injection?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
521	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 523
522	Combien de fois (NOM EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	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"/>	
523	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 525
524	Combien de fois (NOM EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
525	Est-ce que (NOM EN 503) 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 EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
527	Est-ce que (NOM EN 503) a reçu le vaccin VAR 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	→ 529
528	Combien de fois (NOM EN 503) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	
528A	Est-ce que (NOM EN 503) 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	
528B	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	

## 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"/>	
529	<p>Où (NOM EN 503) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ?</p> <p>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.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11            HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12            CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13            CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14            DISPENSAIRE/MATERNITÉ ..... 15            INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16            CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 18            (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21            CENTRE CONFESIONNEL ..... 22            CABINET MÉDICAL ..... 23            CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24            PHARMACIE ..... 25            AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 27            (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31            CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 36            (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>CAMPAGNE VACCINATION ..... 41</p> <p>AUTRE _____ 96            (PRÉCISEZ)</p>	
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> <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>	<p>PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/></p> <p>→ 601</p>	

## SECTION 6A. 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 EN 603) l'une des choses suivantes :  a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ?  MONTREZ DES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS  b) Un mélange en poudre de micronutriments comme MOUGOU-DLANIN?  MONTREZ DES MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) COMPRIMÉS/SIROP .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS COMME MOUGOU-DLANIN ....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) COMPRIMÉS/SIROP .....	1	2	8	b) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS COMME MOUGOU-DLANIN ....	1	2	8									
	OUI	NON	NSP																				
a) COMPRIMÉS/SIROP .....	1	2	8																				
b) UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS COMME MOUGOU-DLANIN ....	1	2	8																				
605	Au cours des 6 derniers mois, a-t-on donné à (NOM EN 603) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ?  MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	<table> <tbody> <tr> <td>OUI .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	NE SAIT PAS .....	8															
OUI .....	1																						
NON .....	2																						
NE SAIT PAS .....	8																						
606	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM EN 603) des médicaments contre les vers intestinaux ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	NE SAIT PAS .....	8															
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 EN 603) ?  b) mesuré la longueur ou la taille de (NOM EN 603)  c) mesuré la circonférence du bras à mi-hauteur de (NOM EN 603) ?  MONTREZ UNE IMAGE DU RUBAN DE MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS.  d) contrôlé la présence d'œdème chez (NOM) ?	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POIDS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) LONGUEUR/TAILLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) BRAS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) OEDÈME .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) POIDS .....	1	2	8	b) LONGUEUR/TAILLE .....	1	2	8	c) BRAS .....	1	2	8	d) OEDÈME .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
a) POIDS .....	1	2	8																				
b) LONGUEUR/TAILLE .....	1	2	8																				
c) BRAS .....	1	2	8																				
d) OEDÈME .....	1	2	8																				
608	Au cours des deux dernières semaines, (NOM EN 603) a-t-il eu la diarrhée ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI .....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON .....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS .....</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI .....	1	NON .....	2	NE SAIT PAS .....	8	→ 618														
OUI .....	1																						
NON .....	2																						
NE SAIT PAS .....	8																						

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>		
609	<p>VÉRIFIEZ 485 : ALLAITÉ ACTUELLEMENT ?</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/>      NON/ PAS POSÉ <input type="checkbox"/></p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM EN 603) 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 moins ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM EN 603) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>		<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>RIEN À BOIRE ..... 5</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
610	<p>Quand (NOM EN 603) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p>		<p>BEAUCOUP MOINS ..... 1</p> <p>UN PEU MOINS ..... 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3</p> <p>PLUS ..... 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE ..... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
611	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p>		<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 615

## SECTION 6A. 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. 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>HÔPITAL NATIONAL ..... A HÔPITAL RÉGIONAL ..... B CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. C CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. D DISPENSARE/MATERNITÉ ..... E INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. F CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I CENTRE CONFESIONNEL ..... J CABINET MÉDICAL ..... K CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... L PHARMACIE ..... M AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... P CLINIQUE ONG ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ R (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... S VENDEUR DE MÉDICAMENTS AMBULANTS T GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL U MARCHÉ ..... V</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="text"/>	
615	<p>Avez-vous donné à (NOM EN 603) 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 KENEYADJI (Sachet de solution SRO) ?</p> <p>b) Un liquide SRO (KENEYADJI) ?</p> <p>c) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p> <p>d) Un liquide KENEYADJI préparé à la maison à base d'eau, de sucre et de sel?</p>	<p>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>	

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

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
616	VÉRIFIEZ 615 :  UN 'OUI' <input type="checkbox"/> a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?	TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 → 618
617	VÉRIFIEZ 615 :  UN 'OUI' <input type="checkbox"/> a) Qu'a-t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> b) Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée ?  Rien d'autre ?  ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.	<b>COMPRIMÉ OU SIROP</b> ANTIBIOTIQUE ..... A ANTIMOTILITÉ ..... B AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) ..... C COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU ..... D  <b>INJECTION</b> ANTIBIOTIQUE ..... E NON-ANTIBIOTIQUE ..... F INJECTION INCONNUE ..... G  (IV) INTRA VEINEUSE ..... H REMÈDE MAISON/HERBES MÉDICINALES ... I AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)
618	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM EN 603) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8 → 621
619	À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM EN 603) du sang de son doigt ou de son talon ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
620	Est-ce qu'un prestataire de santé vous a dit que (NOM EN 603) avait le paludisme ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
621	Au cours des deux dernières semaines, est-ce que (NOM EN 603) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
622	Est-ce que (NOM EN 603) 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 ?		BRONCHE SEULEMENT ..... 1 NEZ SEULEMENT ..... 2 LES DEUX ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 8 → 625
624	VÉRIFIEZ 618 : A EU DE LA FIÈVRE? OUI <input type="checkbox"/>	NON OU NE SAIT PAS <input type="checkbox"/>	→ 634
625	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ?		OUI ..... 1 NON ..... 2 → 630

## SECTION 6A. 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 D'ENDROIT. 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>HÔPITAL NATIONAL ..... A HÔPITAL RÉGIONAL ..... B CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. C CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. D DISPENSARE/MATERNITÉ ..... E INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. F CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... I CENTRE CONFESIONNEL ..... J CABINET MÉDICAL ..... K CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... L PHARMACIE ..... M AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. N</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ O (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... P CLINIQUE ONG ..... Q</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ R (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... S VENDEUR DE MÉDICAMENTS AMBULANTS T GUÉRISSEUR/ PRATICIEN TRADITIONNEL U MARCHÉ ..... V</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>	
627	<p>VÉRIFIEZ 626 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> SEULEMENT UN <input type="checkbox"/></p> <p>OU PLUS ENCERCLÉS ↓ CODE ENCERCLÉ →</p>		629
628	<p>Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 626.</p>	<p>PREMIER ENDROIT ..... <input type="text"/></p>	
629	<p>Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM EN 603) ?</p> <p>SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'.</p>	<p>JOURS ..... <input type="text"/></p>	
630	<p>À n'importe quel moment pendant la maladie, est-ce que (NOM EN 603) a pris des médicaments pour la maladie ?</p>	<p>OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8</p>	634

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																								
635	<p>VÉRIFIEZ 220, 225 ET 226, TOUTES LIGNES : NOMBRE D'ENFANTS NÉS 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p style="text-align: center;">UN OU PLUS <input type="checkbox"/>                      AUCUN <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>		→ 643																																																								
636	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides que (NOM EN 635) a pris durant le jour ou la nuit. Donnez-moi tous les liquides que (NOM EN 635) a pris, qu'il les ait pris à la maison ou quelque part ailleurs.</p> <p>a) De l'eau plate ?</p> <p>b) Du lait artificiel comme Nursie, Bledina, Nan, ou Gallia?</p> <p>SI OUI :</p> <p>b1) Combien de fois (NOM EN 635) a -t-il/elle bu du lait artificiel?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>c) Du lait d'origine animale y compris frais, liquide, ou en poudre?</p> <p>SI OUI :</p> <p>c1) Combien de fois (NOM EN 635) a -t-il/elle bu du lait ?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>c2) Est-ce que le lait était un lait de type sucré ou aromatisé ?</p> <p>e) Du lait de soja</p> <p>SI OUI :</p> <p>e1) Est-ce que c'était une boisson sucrée ou aromatisée ?</p> <p>f) Du chocolat chaud comme Nesquick ou Milo?</p> <p>g) Du jus de fruit, jus en sachet, bissap, jus de gingembre, ou jus de tamarin?</p> <p>h) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Malta, ou boissons énergisantes telles que XXL ?</p> <p>i) Du thé, du café ou de la tisane ?</p> <p>SI OUI :</p> <p>i1) La boisson était-elle sucrée ?</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>b1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT ARTIFICIEL <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ORIGINE ANIMAL <input style="width: 40px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>c2) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>e) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>e1) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>f) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>g) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>h) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>i) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>i1) SUCRÉE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) .....	1	2	8	b) .....	1	2	8	b1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT ARTIFICIEL <input style="width: 40px;" type="text"/>			8	c) .....	1	2	8	c1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ORIGINE ANIMAL <input style="width: 40px;" type="text"/>			8	c2) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8	e) .....	1	2	8	e1) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8	f) .....	1	2	8	g) .....	1	2	8	h) .....	1	2	8	i) .....	1	2	8	i1) SUCRÉE .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																																																								
a) .....	1	2	8																																																								
b) .....	1	2	8																																																								
b1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT ARTIFICIEL <input style="width: 40px;" type="text"/>			8																																																								
c) .....	1	2	8																																																								
c1) NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT D'ORIGINE ANIMAL <input style="width: 40px;" type="text"/>			8																																																								
c2) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8																																																								
e) .....	1	2	8																																																								
e1) SUCRÉ/ AROMATISÉ ..	1	2	8																																																								
f) .....	1	2	8																																																								
g) .....	1	2	8																																																								
h) .....	1	2	8																																																								
i) .....	1	2	8																																																								
i1) SUCRÉE .....	1	2	8																																																								

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	j) Du bouillon clair ou de la soupe claire ?	j) ..... 1	2	8	
	k) D'autres liquides ?	k) ..... 1	2	8	
	SI OUI : k1) Quelle était la boisson ?  MARQUEZ LE GROUPE APPROPRIÉ POUR CHAQUE BOISSON SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ « OUI ».  S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE APPARTIENT LA BOISSON SUPPLÉMENTAIRE, SÉLECTIONNEZ L'OPTION "Z" ET UN ÉCRAN S'AFFICHERA POUR ENREGISTRER LE NOM DE LA BOISSON.	AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)			
	k2) La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE . . . . 1	2	8	
637	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM EN 635) a reçus hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a consommés, que ce soit à la maison, ou quelque part ailleurs. Veuillez inclure les collations et les petits repas comme les repas principaux.  Je vais vous poser des questions concernant différents aliments, et je voudrais savoir si l'enfant a mangé l'aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments. Ne répondez pas 'oui' à propos d'un aliment ou d'un ingrédient utilisé seulement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.				
	a) Du yaourt, lait caillé ou n̄n̄ koumou, d̄gū ou laka?	a) ..... 1	2	8	
	SI OUI: a1) Combien de fois (NOM EN 635) a-t-il reçu du yaourt, lait caillé ou n̄n̄ koumou, d̄gū ou laka?  SI 7 FOIS OU PLUS , ENREGISTREZ '7'.	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A REÇU DU YAOURT <input type="text"/>		8	
	a2) (NOM EN 635) a-t-il/elle reçu du yaourt buvable, lait caillé ou n̄n̄ koumou, d̄gū ou laka à boire ?	REÇU DU YAOURT À BOIRE . . 1	2	8	
	SI OUI: a3) Était-il un type de boisson sucrée ou aromatisée ?	SUCRÉE . . 1	2	8	
	b) Du riz, pain, macaroni, spaghetti, couscous, tô, ou bouillie?	b) ..... 1	2	8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À	
		OUI	NON	NSP		
	c) Des carottes, courge, ou patate douce à chair jaune ou orange?	c) .....	1	2	8	
	d) Du manioc, attiéké, igname, patate douce à chair blanche, pomme de terre, taro, ou banane plantain?	d) .....	1	2	8	
	e) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tel que sauce feuille, feuilles de patate douce, feuilles de moringa, feuilles d'aubergine, fakoye ou d'autres légumes-feuilles vert foncé?	e) .....	1	2	8	
	f) N'importe quel autre légume tel que tomate, aubergine, gombo, concombre, chou, ou d'autres légumes?	f) .....	1	2	8	
	g) Des mangues mûres, papayes mûres, ou fruits de néré?	g) .....	1	2	8	
	h) D'autres fruits tels que les bananes, avocats, pasteques, jujubier, oranges ou autres fruits ?	h) .....	1	2	8	
	i) Du poisson frais, fumé ou séché, sardines en boîte, crabes ou des crevettes?	i) .....	1	2	8	
	j) Des abats tels que le foie, le poumon, le cœur, ou les rognons?	j) .....	1	2	8	
	k) Des viandes séchées, des saucissons, jambon, corne boeuf, ou pâté?	k) .....	1	2	8	
	l) N'importe quelle autre viande telle que le bœuf, le mouton, la chèvre, le porc, la viande de brousse, ou d'autres oiseaux ?	l) .....	1	2	8	
	m) Des œufs ?	m) .....	1	2	8	
	n) Des haricots, sô haricot, petits pois, voandzou, ou bouillie de soja ?	n) .....	1	2	8	
	o) Des arachides ou cacahuètes, sauce d'arachide, ou noix de cajou?	o) .....	1	2	8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	p) Cheese, naré, gachi, or La Vache Qui Rit	p) ..... 1	2	8	
	q) Des criquets, éphémères, biti, chenilles, sauterelles ?	q) ..... 1	2	8	
	r) Des gâteaux, gâteaux ni, biscuits sucrés?	r) ..... 1	2	8	
	s) Des bonbons, chocolat, caramels ou aloua, cacahuètes sucrées, sésame sucré, crème glacée, glace, ou riz au lait ?	s) ..... 1	2	8	
	t) Chips comme pringles, nouilles instantanées comme Kellogg's ou Indomie, frites de pommes de terre, frites de patates douces, aloco, ou des beignets?	t) ..... 1	2	8	
	u) Huile de palme rouge ?	u) ..... 1	2	8	
	v) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ? SI OUI: v1) Quel était cet aliment ?	v) ..... 1	2	8	
	MARQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ « OUI ».	AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)			
	SI IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE APPARTIENT L'ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SÉLECTIONNEZ L'OPTION "Z" ET UN ÉCRAN S'AFFICHERA POUR ENREGISTRER LE NOM DE L'ALIMENT.				
638	VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'v') : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>				640
639	Est-ce que (NOM EN 635) 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 EN 635) a-t-il/elle mangés ?	OUI ..... 1 (RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) (PUIS CONTINUEZ AVEC 640)			641
640	Combien de fois (NOM EN 635) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>			
		NE SAIT PAS ..... 8			

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
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 EN 635) et quels aliments lui donner ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8									
642	La dernière fois que (NOM EN 635) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINSÉES DANS TOILETTES OU LATRINE ..... 02 JETÉES/RINSÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU ..... 03 JETÉES AUX ORDURES ..... 04 ENTERRÉES ..... 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE ..... 06  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>										
	a) Du riz, pain, macaroni, spaghetti, tô, couscous, ou bouillies?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP								
a) .....	1	2	8								
	b) Des carottes, courges, ou patate douce à chair jaune ou orange ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>b) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	b) .....	1	2	8					
b) .....	1	2	8								
	c) Du manioc, attiéké, ignames, patate douce à chair blanche, pomme de terre, taro, ou banane plantain?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>c) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	c) .....	1	2	8					
c) .....	1	2	8								
	d) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tels que sauce feuille, feuilles de patate douce, feuilles de moringa, feuilles d'aubergine, fakoye ou d'autres légumes-feuilles vert foncé?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>d) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	d) .....	1	2	8					
d) .....	1	2	8								
	e) N'importe quels autres légumes tels que tomate, aubergine, gombo, concombre, choux, ou d'autres légumes?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">OUI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NON</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>e) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	e) .....	1	2	8	
	OUI	NON	NSP								
e) .....	1	2	8								
	f) Des mangues mûres ou des papayes mûres?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>f) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	f) .....	1	2	8					
f) .....	1	2	8								
	g) D'autres fruits tels que banane, avocat, pastèque, jujubier, orange, ou d'autres fruits?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>g) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	g) .....	1	2	8					
g) .....	1	2	8								
	h) Du poisson frais, poisson fumé, poisson séché,	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>h) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	h) .....	1	2	8					
h) .....	1	2	8								
	i) Des abats tels que le foie, le poumon, le cœur, ou des rognons ?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>i) .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> </tbody> </table>	i) .....	1	2	8					
i) .....	1	2	8								

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	j) Des viandes séchées, saucisson, jambon, come bœuf, ou pâté?	j) ..... 1 2 8	
	k) D'autres viandes tels que le bœuf, mouton, chevre, porc, viande de brousse, poulet, ou d'autres oiseaux?	k) ..... 1 2 8	
	l) Des œufs ?	l) ..... 1 2 8	
	m) Des haricots, sô haricot, petits pois, voandzou, ou soja?	m) ..... 1 2 8	
	n) Des arachides ou cacahuètes, sauce d'arachide, ou noix de cajou?	n) ..... 1 2 8	
	o) Du lait liquide, lait en poudre, fromage, naré ou gachi, La Vache Qui Rit, yaourt, lait caillé ou nônô koumou, degue ou laka?	o) ..... 1 2 8	
	p) Des criquets, éphémères, biti, chenilles, ou sauterelles ?	p) ..... 1 2 8	
	q) Des gâteaux, gâteaux ni, ou biscuits sucrés?	q) ..... 1 2 8	
	r) Des bonbons, chocolat, caramels ou aloua, cacahuètes sucrées, sésame sucré, crème glacée, glace, ou riz au lait?	r) ..... 1 2 8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	s) Des chips comme Pringles, nouilles instantanées comme Kellogg's ou Indomie, frites de pommes de terre, frites de patates douces, alogo, or beignets?	s) ..... 1	2	8	
	t) Du jus de fruit, jus en sachet, bissap, jus de gingembre, ou jus de tamarin?	t) ..... 1	2	8	
	u) Des sucreries comme Coca Cola, Fanta, Sprite, ou Malta, ou boissons énergisantes telles que XXL?	u) ..... 1	2	8	
	v) Du café sucré, thé sucré, kinkéliba avec du sucre, ou chocolat chaud comme Nesquick ou Milo?	v) ..... 1	2	8	
	w) Huile de palme rouge ?	w) ..... 1	2	8	
	x) D'autres liquides ?  SI OUI : x1) Quelle était cette boisson ?	x) ..... 1	2	8	
	x2) La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE .... 1	2	8	
	y) D'autres aliments ?  SI OUI : y1) Quels étaient ces aliments ?  INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>. S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	y) ..... 1	2	8	
		AUTRE(S) BOISSON(S) _____ (PRÉCISEZ)			
		AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)			

## SECTION 6C. INDICE DE DEVELOPPEMENT DE LA PETITE ENFANCE

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
650	VÉRIFIEZ 220, 224, 225 ET 226 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES: Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE?  UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/>	AUCUN ENFANT SURVIVANT NÉ 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/>	701
651	Je voudrais vous poser des questions sur vos enfants de 2-4 ans vivant avec vous. Ces questions concernent certaines choses qu'ils sont actuellement capables de faire. Veuillez garder à l'esprit que les enfants peuvent se développer et apprendre à des rythmes différents. Par exemple, certains commencent à parler plus tôt que d'autres, ou il est possible qu'ils sachent déjà dire quelques mots sans encore pouvoir faire des phrases. Cela ne pose donc aucun problème si votre enfant ne peut pas faire toutes les activités qui seront mentionnées dans ce questionnaire. Si vous avez des doutes concernant la réponse à fournir, n'hésitez pas à m'en faire part.		
652	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 215 ET 218 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER.  NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESS .. <input type="text"/>		
653	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) marcher sur une surface inégale, par exemple, une route cahoteuse ou escarpée, sans tomber ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
654	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) sauter en soulevant les deux pieds du sol ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
655	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) s'habiller (lui/elle)-même, c'est-à-dire mettre un pantalon et une chemise, sans l'aide de personne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
656	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) boutonner et déboutonner des boutons sans l'aide de personne ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
657	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) dire 10 mots ou plus, comme « maman » ou « ballon » ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
658	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) faire des phrases de 3 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple, « Je veux de l'eau. » ou « La maison est grande. » ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	660
659	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) faire des phrases de 5 mots ou plus qui vont ensemble, par exemple, « La maison est très grande. » ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
660	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) utiliser correctement les pronoms « je », « tu », « elle » ou « il », par exemple, « Je veux de l'eau. » ou « Il mange du riz. » ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
661	Si vous montrez à (NOM DE L'ENFANT) un objet qu'(il/elle) connaît bien, comme une tasse ou un animal, peut-(il/elle) le nommer de manière systématique ?  Par « systématique », nous entendons qu'(il/elle) utilise le même mot pour se référer au même objet, même si le mot employé n'est pas tout à fait correct.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
662	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) reconnaître au moins 5 lettres de l'alphabet ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
663	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/her) écrire son prénom ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
664	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) reconnaître tous les chiffres de 1 à 5 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
665	Si vous lui demandez de vous donner trois objets, tels que 3 pierres ou 3 haricots, (NOM DE L'ENFANT) vous en donne-t-(il/elle) la bonne quantité ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
666	(NOM DE L'ENFANT) peut-(il/elle) compter 10 objets, par exemple, 10 doigts ou 10 cubes, sans se tromper ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
667	(NOM DE L'ENFANT) faire une activité, comme colorier ou jouer avec des blocs de construction, sans demander de l'aide à plusieurs reprises ou abandonner trop vite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
668	(NOM DE L'ENFANT) pose-t-(il/elle) des questions sur des personnes qu'(il/elle) connaît, en dehors de ses parents, lorsqu'elles ne sont pas là, par exemple, « Où est mamie ? »	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
669	(NOM DE L'ENFANT) propose-t-(il/elle) d'aider une personne qui semble avoir besoin d'aide ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
670	(NOM DE L'ENFANT) s'entend-(il/elle) bien avec les autres enfants ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
671	À quelle fréquence (NOM DE L'ENFANT) semble-t-(il/elle) très triste ou déprimé(e) ? Diriez-vous : semble très triste ou déprimé(e) chaque jour, chaque semaine, chaque mois, quelques fois dans l'année ou jamais ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CHAQUE SEMAINE ..... 2 CHAQUE MOIS ..... 3 QUELQUES FOIS DANS L'ANNÉE ..... 4 JAMAIS ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	

NO.	QUESTIONS AND FILTERS	CODING CATEGORIES	SKIP
672	Par rapport aux enfants du même âge, à quelle fréquence (NOM DE L'ENFANT) donne-t-(il/elle) des coups de pied, mord-(il/elle) ou frappe-t-(il/elle) les autres enfants ou les adultes ? Diriez-vous : jamais, autant ou moins, plus souvent ou beaucoup plus souvent ?	JAMAIS ..... 1 AUTANT OU MOINS ..... 2 PLUS SOUVENT ..... 3 BEAUCOUP PLUS SOUVENT ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
673	VÉRIFIEZ 220, 224, 225 ET 226 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES: Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE?  D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 652 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←	PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 24-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/> →	701

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
723	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?</p> <p>ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS, DE SEMAINES, DE MOIS OU D'ANNÉES</p> <p>SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>IL Y A DES JOURS ..... 1</p> <p>IL Y A DES SEMAINES ..... 2</p> <p>IL Y A DES MOIS ..... 3</p> <p>IL Y A DES ANNÉES ..... 4</p>	<table border="1" style="width: 100px; height: 100px; margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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 style="text-align: right;">→ 737</p>								
724	<p>VÉRIFIEZ 232 :</p> <p style="text-align: center;">PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/>      ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">OU PAS SÛRE ↓</p>		→ 727								
725	<p>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 ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 727								
726	<p>Quelle méthode avez-vous utilisé ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	→ 728								
727	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 730								
728	<p>Quel est le nom de la marque du condom utilisé ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>PROTECTOR ..... 02</p> <p>DUREX ..... 03</p> <p>AUTRE ..... 96</p> <p style="text-align: center;">(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>									

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CONFESIONNEL ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 23</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>AUTRE SOURCE</b></p> <p>BOUTIQUE ..... 41</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 42</p> <p>KIOSQUE/TABLIER ..... 43</p> <p>VENDEUR AMBULANT ..... 44</p> <p>AMIS/PARENTS ..... 45</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)</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	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 737
732	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

## SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/>		813
802	VÉRIFIEZ 232 : ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>		804
803	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE ..... 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS ..... 8	805 812
804	VÉRIFIEZ 208 : A EU UN ENFANT <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'ENFANT <input type="checkbox"/> a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas plus avoir d'enfant ? b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?	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 208 ET 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ET A EU UN ENFANT <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE ET N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ? b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ? c) 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

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
806	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/>	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	812
807	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? NON POSÉE <input type="checkbox"/>	UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>	813
808	VÉRIFIEZ 805 : '24' MOIS OU PLUS OU '02' ANNÉES OU PLUS <input type="checkbox"/>	NON POSÉE <input type="checkbox"/> '00-23' MOIS OU '00-01' ANNÉE <input type="checkbox"/>	812
809	VÉRIFIEZ 723 : IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS <input type="checkbox"/>	IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/>	811
		NON POSÉE <input type="checkbox"/>	811
810	VÉRIFIEZ 208 ET 804 :  A EU UN ENFANT ET EN VEUT UN AUTRE <input type="checkbox"/> a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas un autre enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?  Y-a-t-il une autre raison ?  ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.  N'A PAS EU D'ENFANT ET VEUT UN ENFANT <input type="checkbox"/> c) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitiez pas un enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?  Y-a-t-il une autre raison ?  ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	A EU UN ENFANT ET N'EN VEUT PLUS <input type="checkbox"/> 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 ?  Y-a-t-il une autre raison ?  ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.  N'A PAS EU D'ENFANT ET NE VEUT PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> d) Vous avez dit que vous ne souhaitiez pas d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?  Y-a-t-il une autre raison ?  ENREGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.	PAS MARIÉE ..... A  <b>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</b> PAS DE RAPPORTS SEXUELS ..... B RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C MÉNOPAUSEL/HYSTÉRECTOMIE ..... D NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... E PAS DE RÉGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE ..... F ALLAITE ..... G FATALISTE ..... H  <b>OPPOSITION À L'UTILISATION</b> ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... I MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J AUTRES OPPOSÉS ..... K INTERDITS RELIGIEUX ..... L  <b>MANQUE DE CONNAISSANCE</b> NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT ..... N  <b>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</b> PAS PRATIQUE À UTILISER ..... O MODIFICATIONS MENSTRUELLES ..... P MÉTHODES PEUVENT RENDRE INFERTILES ..... Q INTERFÈRE AVEC FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... R AUTRES EFFETS SECONDAIRES ..... S  <b>COÛT/ACCÈS/DISPONIBILITÉ</b> MANQUE D'ACCÈS/TROP ÉLOIGNÉ ..... T COÛT TROP ÉLEVÉ ..... U MÉTHODE PRÉFÉRÉE NON DISPONIBLE ..... V AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE ..... W  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... Z

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
811	VÉRIFIEZ 307 : UTILISE ACTUELLEMENT UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?  NON <input type="checkbox"/> POSÉE ↓ OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT →		813
812	Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
813	VÉRIFIEZ 224 :  A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> ↓ 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 ?  INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE  AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?  INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	AUCUN ..... 00  NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	815    815
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 ?	GARÇONS FILLES PEU IMPORTE NOMBRE .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
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 votre téléphone portable ? e) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur les média sociaux comme Facebook, Twitter, Instagram ou WhatsApp? f) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, une affiche, une brochure, ou un dépliant ? g) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ou un panneau d'affichage à l'extérieur? h) Avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale de la part des crieurs publics, griots ou leaders religieux?	OUI NON a) RADIO ..... 1 2 b) TÉLÉVISION ..... 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE ..... 1 2 d) TÉLÉPHONE PORTABLE ..... 1 2 e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM/WHATSAPP .... 1 2 f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE/ DÉPLIANT ..... 1 2 g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE .. 1 2 h) CRIEURS, GRIOTS OU RELIGIEUX .. 1 2	

## SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
817	VÉRIFIEZ 701 : OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE ↓ OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓ NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION →		901
818	Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE ..... 1 MARI/PARTENAIRE ..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE ..... 3 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 4 AUTRE ..... 6 (PRÉCISEZ)	→ 820 → 820
819	Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?	COMPTE DAVANTAGE ..... 1 COMPTE AUTANT ..... 2 COMPTE MOINS ..... 3	
820	Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de vous forcer ou de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne vouliez pas tomber enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
821	VÉRIFIEZ 307 : NON POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓ IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ →		901
822	Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN <input type="checkbox"/> UNION	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 906
904	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint: fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle . . . . . 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle . . . . . 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) 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'.	[CLASSE/ANNÉE] . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS . . . . . 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept derniers jours ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2 NE SAIT PAS . . . . . 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre (mari/partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter par ce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé maternité ou pour une autre raison ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI . . . . . 1 NON . . . . . 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE ..... 1 QUELQU'UN D'AUTRE ..... 2 À SON COMPTE ..... 3	
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE ..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE ..... 2 DE TEMPS EN TEMPS ..... 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT ..... 1 ARGENT ET NATURE ..... 2 NATURE SEULEMENT ..... 3 PAS PAYÉE ..... 4	
917	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT <input type="checkbox"/> 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-vous 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 PRÉS 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), 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)	
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	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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	→ 930A
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 930A
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
930A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 930C
930B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
930C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI .....	1		
		NON .....	2		
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).		PRES./ PRES./N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES.		
		ENFANTS < 10 .....	1 2 3		
		MARI .....	1 2 3		
		AUTRES HOMMES .....	1 2 3		
		AUTRES FEMMES .....	1 2 3		
932	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :		OUI NON NSP		
	a) Si elle sort sans le lui dire ?	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1 2 8		
	b) Si elle néglige les enfants ?	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1 2 8		
	c) Si elle argumente avec lui ?	c) ARGUMENTE .....	1 2 8		
	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	d) REFUSE RAP. SEXUELS ..	1 2 8		
	e) Si elle brûle la nourriture ?	e) BRÛLE NOURRITURE ..	1 2 8		

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1001	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1040
1002	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE  15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 1008
1003	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1008	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1010	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1012
1011	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1012	VÉRIFIEZ 220 ET 223 :  AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> → 1024  DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> → 1024		
1013	VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1'):  A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> → 1018		
1014	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
1015	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM DE L'ENFANT) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1018

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1016	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>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.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CONFESIONNEL ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 23</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 28 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 33</p> <p>ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 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>	
1017	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1018	<p>VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ('TYPE 1') :</p> <p>UN CODE <input type="checkbox"/> '21-46' ENCERCLÉ</p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/> → 1021</p>		
1019	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1021
1020	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1022

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1021	VÉRIFIEZ 1015 :  OUI <input type="checkbox"/> ↓	NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE →	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>HÔPITAL NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CONFESIONNEL ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 23</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 28 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 33</p> <p>ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 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

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998 MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH 95	
1030	Est-ce que vous prenez actuellement des TAR qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des TAR.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1031	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION; SI LE NOMBRE DE TESTS EST DE 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1034
1033	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1034	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1035	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND ..... 8	
1036	VÉRIFIEZ 1028 :  CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1040
1037	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH.  Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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.	OUI    NON  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	VÉRIFIEZ 1001 :  A ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ a) À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?  PAS ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/> ↓ b) Avez-vous entendu parler d'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	
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	

## SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
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	VÉRIFIEZ 701 :  ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 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 cabinet médical, un CSCOM, un site ASC, une maternité ou un centre de soins ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de santé depuis votre maison ?  SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCERCLÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	<b>MOTORISÉ</b> VOITURE/CAMION ..... 01 BUS PUBLIC ..... 02 MOTOCYCLETTE/SCOOTER ..... 03 BATEAU À MOTEUR ..... 04  <b>NON MOTORISÉ</b> CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL .... 05 BICYCLETTE ..... 06 BATEAU SANS MOTEUR ..... 07 EN MARCHANT ..... 08  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
1103	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière. Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1108
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR ..... 1 CERTAINS JOURS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	→ 1110
1109	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	KRETEKS ..... A PIPES REMPLIES DE TABAC ..... B CIGARES, CHEROOTS, OU CIGARILLOS ... C PIPE À EAU ..... D TABAC À CHIQUER ..... E SNUFF À PRISER ..... F TABAC À MÂCHER ..... G CHIQUER 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 baandjii?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1113															
1111	Au cours du dernier mois, quel est le nombre de jours pendant lesquels vous avez bu une boisson alcoolisée ?  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 PAS BU D'ALCOOL ..... 00  NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR ..... 95	→ 1113															
1112	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 baandjii est un verre d'alcool. Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres buviez-vous habituellement par jour ?  MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES.	MOINS D'UN VERRE STANDARD ..... 00  NOMBRE DE VERRES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>																
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  a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION .....	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2	c) DISTANCE .....	1	2	d) ALLER SEULE .....	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION .....	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2																
c) DISTANCE .....	1	2																
d) ALLER SEULE .....	1	2																
1114	Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1116															
1115	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) A REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE (RAMED) B ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE (AMV) C MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MSC) ..... D ASSURANCE MALADIE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE PRIVÉE (STANE, NSIA, SONAVIE,..) ..... E AUTRE ASSURANCE PRIVÉE ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)																

## SECTION 12. ACTIVITÉ PHYSIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1200	<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>		
1201	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie pendant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES DE FORTE INTENSITÉ.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1204
1202	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
1203	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps en minutes consacrez-vous à ces activités ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1204	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES D'INTENSITÉ MODÉRÉE.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1207
1205	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
1206	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps en minutes consacrez-vous à ces activités ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1207	<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées.</p> <p>Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte?</p>		
1208	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied, à vélo, ou par pirogue ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 1211
1209	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied, à vélo, ou par pirogue ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	

## SECTION 12. ACTIVITÉ PHYSIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1210	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à vos déplacements à pied, à vélo, ou par pirogue ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1211	Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs		
1212	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme courir ou jouer au football pendant au moins dix minutes d'affilée ?  UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1215
1213	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
1214	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1215	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide faire du vélo, nager, jouer au volley pendant au moins dix minutes d'affilée ?  UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1218
1216	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
1217	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1218	La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à dormir.		
1219	Combien de temps en minutes passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 13: MALADIES CHRONIQUES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1301	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1302	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1306
1303	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1304	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1305	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1306	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1307	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1311
1308	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1309	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1310	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1311	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1313
1312	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1313	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1315
1314	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1315	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1317
1316	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 13: MALADIES CHRONIQUES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1317	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez de la dépression?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1319
1318	Suivez-vous actuellement un traitement pour la dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1319	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez de l'anxiété?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1321
1320	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'anxiété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1321	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous souffriez de troubles épileptiques ou d'épilepsie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1323
1322	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'épilepsie?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1323	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1327
1324	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1327	Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1329
1328	Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1329	Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests que le personnel de santé peut faire pour détecter un cancer du col de l'utérus. Le col de l'utérus est la partie qui relie l'utérus au vagin. Pour effectuer un test du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos en écartant les jambes. Ensuite, en utilisant une petite brosse ou un coton-tige, le personnel de santé prélève à l'intérieur de l'utérus un échantillon. L'échantillon est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Ce test est appelé un frottis Pap ou un test PVH. Il y a une autre méthode qui est appelée IVA ou Inspection Visuelle après application d'Acide ascétique. Au cours de ce test, le personnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit.		
1330	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà fait un test de détection du cancer du col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1337
1331	Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?  SI MOINS D'1 ANNÉE , ENREGISTREZ '00'.	ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 13: MALADIES CHRONIQUES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1332	Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ?	NORMAL / NÉGATIF ..... 1 ANORMAL / POSITIF ..... 2 SUSPICION DE CANCER ..... 3 PAS CLAIR / NON CONCLUANT ..... 4 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1337   → 1336 → 1337
1333	Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1336
1334	Avez-vous reçu le traitement le même jour où vous avez reçu les résultats du test, ou un jour différent?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1335	Avez-vous fait des visites de suivi après le traitement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1337
1336	Avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats de votre test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1337	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure depuis longtemps?	OUI ..... 1  <u>(SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE)</u> NON ..... 2	→ 1339
1338	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1337) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1339	Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la COVID-19 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1341
1340	Quand a eu lieu votre dernière vaccination contre le COVID-19 ?	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	
1341	VÉRIFIEZ 111: ÂGE: 15-49 ANS <input type="checkbox"/> ÂGE: 50-64 ANS <input type="checkbox"/>		→ 1538

## SECTION 14. EXCISION/MUTILATION GÉNÉTALE FÉMININE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1401	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	→ 1403
1402	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	→ 1500
1403	Vous-même, avez-vous été excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1409
1404	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	→ 1406
1405	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chairs ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1406	Vous a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1407	Quel âge aviez-vous quand on vous a excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT 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	
1408	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 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ)  NE SAIT PAS ..... 98	
1409	VÉRIFIEZ 219, 220, ET 224 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES:  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE NÉE <input type="checkbox"/> EN 2008 OU PLUS TARD ↓	N'A AUCUNE FILLE VIVANTE NÉE EN <input type="checkbox"/> 2008 OU PLUS TARD	→ 1417

## SECTION 14. EXCISION/MUTILATION GÉNÉTALE FÉMININE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1410	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur (votre/vos filles) .		
1411	ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE DE 215 ET 218 DE CHAQUE FILLE VIVANTE NÉE EN 2008 OU PLUS TARD LATER, EN COMMENÇANT PAR LA PLUS JEUNE.  NOM _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1412	Est-ce que (NOM DE LA FILLE) est excisée ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1416
1413	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE) quand elle a été excisée ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE, ESSAYEZ D'EN OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
1414	Lui a-t-on fermé la zone génitale par une couture ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1415	Qui a procédé à l'excision de votre fille ?	<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 AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ..... 26 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
1416	VÉRIFIEZ 219, 220, ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES FILLES VIVANTES NÉES EN 2008 OU PLUS TARD?  OUI <input type="checkbox"/>  (ALLEZ À 1411 POUR LA PLUS JEUNE FILLE SUIVANTE ←	NON <input type="checkbox"/>	→ 1417

SECTION 14. EXCISION/MUTILATION GÉNÉRALE FÉMININE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1417	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
1418	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 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1500	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: LA FEMME EST SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ?  FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓ FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE →		1538
1501	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUER TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS SÛRE D'ÊTRE EN PRIVÉ.  VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 ↓ IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2 →		1537
1502	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : 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 Mali. 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.		
1503	VÉRIFIER 701 ET 702:  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 (À LIRE AU PASSÉ ET UTILISER 'DERNIER' AVEC 'MARI/ PARTENAIRE MASCULIN') <input type="checkbox"/> →		1506 1506
1504	Vous avez déclaré que vous n'étiez pas mariée et que vous ne viviez pas avec un homme comme si vous étiez mariée. Êtes-vous engagée actuellement dans une relation intime avec un homme bien que vous ne viviez pas avec lui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→1506
1505	Avez-vous déjà été engagée dans une relation intime avec un homme bien que vous n'ayez jamais vécu avec lui ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1519
1506	Maintenant, je vais vous poser des questions sur des situations qui peuvent se produire entre certaines femmes et leur mari(mari/ partenaire masculin).  A. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire masculin) ?  a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait) d'être infidèle ? c) Il ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amies ? d) Il (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ? e) Il (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?  DÉJÀ ARRIVÉ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓	SOUVENT PARFOIS PAS DANS 12 DERNIERS MOIS 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3 1 2 3

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1507	Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire masculin).  A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?	
		DÉJÀ ARRIVÉ	PAS DANS 12 SOUVENT PARFOIS 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
1508	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) vous ait fait l'une des choses suivantes :	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?	
		DÉJÀ ARRIVÉ	PAS DANS 12 SOUVENT PARFOIS 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 pied, 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 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1509	VÉRIFIER 1508A (a-j):  AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI'	→ 1511
1510	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire masculin), il vous est arrivé d'avoir :  a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?  b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?  c) 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	
1511	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	→ 1513
1512	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1513	Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire masculin) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1515
1514	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, parfois seulement ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1515	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire masculin) : la plupart du temps, parfois ou jamais ?	PEUR LA PLUPART DU TEMPS ..... 1 PEUR PARFOIS ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3	

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																
1516	<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 de vos précédents maris ou de tout autre partenaires actuels ou précédents que vous avez pu avoir .</p> <p>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent ou un autre partenaire masculin actuel ou précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pied ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</p> <p>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un mari précédent ou un autre 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 autre partenaire masculin actuel ou précédent vous a humiliée devant d'autres personnes, vous menace de vous blesser, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou cherche à vous rabaisser ?</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</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN ..... 6</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	NE SE SOUVIENT 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				→ 1517
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT 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																																			
1517	<p>VÉRIFIER 1508A (h-j) ET 1516A (b):</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI →</p>	→ 1519																																
1518	<p>Quel âge aviez-vous la première fois qu'un mari ou un partenaire masculin, actuel ou précédent, vous a forcée à avoir des rapports sexuels ou de pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>																																	
1519	<p>VÉRIFIER 212 ET 232:</p> <p>ACTUELLEMENT ENCEINTE 232=1 OU A EU UNE GROSSESSE OU PLUS 212&gt;0 ↓</p>	<p>PAS ENCEINTE 232=2 ET N'A EU AUCUNE GROSSESSE 212=0</p>	→ 1522																																
1520	<p>Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pied 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>	→ 1522																																

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1521	<p>Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MARI/PARTENAIRE ACTUEL ..... A MÈRE/ FEMME DU PÈRE ..... B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE ..... C SOEUR/FRÈRE ..... D FILLE/FILS ..... E AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... F ANCIEN MARI/PARTENAIRE ..... G PETIT AMI ACTUEL ..... H ANCIEN PETIT AMI ..... I BELLE-MÈRE ..... J BEAU-PÈRE ..... K AUTRE BEAU-PARENT ..... L ENSEIGNANT ..... M CAMARADE D'ÉCOLE/DE CLASSE ... N EMPLOYEUR/QUELQU'UN ..... AU TRAVAIL ..... O POLICE/SOLDAT ..... P  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
1522	<p>VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1504 ET 1505:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/> PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un 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 parle pas ici d'un mari ou d'un partenaire masculin.</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>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	<input type="checkbox"/> → 1525
1523	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/FEMME DU PÈRE ..... A PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... B SOEUR/FRÈRE ..... C FILLE/FILS ..... D AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... E PETIT AMI ACTUEL ..... F ANCIEN PETIT AMI ..... G BELLE-MÈRE ..... H BEAU-PÈRE ..... I AUTRE BEAU-PARENT ..... J ENSEIGNANT ..... K CAMARADE D'ÉCOLE/DE CLASSE ... L EMPLOYEUR/QUELQU'UN ..... AU TRAVAIL ..... M POLICE/SOLDAT ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	
1524	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, seulement de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1525	VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1504 ET 1505:  A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/>	→ 1527
1526	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un mari précédent ou un partenaire 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 parle pas ici d'un mari ou d'un partenaire masculin.	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1528 → 1531
1527	À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé de quelque manière que ce soit à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1531
1528	VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1504 ET 1505:  A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/>  a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un d'autre qu'un mari ou un autre partenaire masculin, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?	N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/>  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?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98
1529	Qui vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?  Quelqu'un d'autre ?           ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... A FRÈRE/DEMI-FRÈRE ..... B AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... C PETIT AMI ACTUEL ..... D ANCIEN PETIT AMI ..... E BEAU-PARENT ..... F AMI/RENCONTRE ..... G AMI DE LA FAMILLE ..... H ENSEIGNANT ..... I CAMARADE D'ÉCOLE/CLASSE ..... J EMPLOYEUR/QUELQU'UN ..... AU TRAVAIL ..... K POLICE/SOLDAT ..... L PRÊTRE/RESPONSABLE RELIGIEUX M ÉTRANGER ..... N  AUTRE ..... X (PRÉCISEZ)	

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1530	<p>VÉRIFIER 701 ET 702 ET 1504 ET 1505:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ <input type="checkbox"/></p> <p>A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre qu'un mari précédent ou un partenaire masculin actuel ou précédent vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté?</p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN <input type="checkbox"/></p> <p>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 des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1531	<p>VÉRIFIEZ 1508A (a-j), 1516A (a,b), 1520, 1522, 1526, ET 1527:</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/></p> <p>OUI' →</p>	1535
1532	<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>	1534
1533	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>PROPRE FAMILLE ..... A</p> <p>FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B</p> <p>MARI/PARTENAIRE</p> <p>ACTUEL/ANCIEN ..... C</p> <p>PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... D</p> <p>AMI ..... E</p> <p>VOISIN ..... F</p> <p>RESPONSABLE RELIGIEUX ..... G</p> <p>MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICAL ... H</p> <p>POLICE ..... I</p> <p>AVOCAT ..... J</p> <p>ORGANISATION SERVICE SOCIAL ... K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	1535
1534	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
1535	<p>Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 15. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
	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.																		
1536	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, UNE FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME ADULTE ..	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	
	OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI .....	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULTE ..	1	2	3																
FEMME ADULTE .....	1	2	3																
1537	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PAS PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.  _____  _____  _____																		
1538	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MINUTES ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>																	

INSTRUCTIONS:

UN SEUL CODE DOIT FIGURER DANS CHAQUE CASE.  
UN CODE DOIT ÊTRE INSCRIT À CHAQUE MOIS À LA COLONNE 1.

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP.

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/  
SOUCIS CONCERNANT LA SANTÉ  
7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ  
8 COÛTE TROP CHER  
N PAS PRATIQUE À UTILISER  
F FATALISTE  
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE  
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION  
X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

			COL. 1	COL. 2	
	12	DEC	01		
	11	NOV	02		
	10	OCT	03		
<b>2</b>	09	SEP	04		<b>2</b>
	08	AOÛT	05		
<b>0</b>	07	JUL	06		<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	07		<b>2</b>
<b>3</b>	05	MAI	08		<b>3</b>
	04	AVRIL	09		
	03	MARS	10		
	02	FEVRIER	11		
	01	JAN	12		
<hr/>					
	12	DEC	13		
	11	NOV	14		
	10	OCT	15		
<b>2</b>	09	SEP	16		<b>2</b>
	08	AOÛT	17		
<b>0</b>	07	JUL	18		<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	19		<b>2</b>
<b>2</b>	05	MAI	20		<b>2</b>
	04	AVRIL	21		
	03	MARS	22		
	02	FEVRIER	23		
	01	JAN	24		
<hr/>					
	12	DEC	25		
	11	NOV	26		
	10	OCT	27		
<b>2</b>	09	SEP	28		<b>2</b>
	08	AOÛT	29		
<b>0</b>	07	JUL	30		<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	31		<b>2</b>
<b>1</b>	05	MAI	32		<b>1</b>
	04	AVRIL	33		
	03	MARS	34		
	02	FEVRIER	35		
	01	JAN	36		
<hr/>					
	12	DEC	37		
	11	NOV	38		
	10	OCT	39		
<b>2</b>	09	SEP	40		<b>2</b>
	08	AOÛT	41		
<b>0</b>	07	JUL	42		<b>0</b>
<b>2</b>	06	JUIN	43		<b>2</b>
<b>0</b>	05	MAI	44		<b>0</b>
	04	AVRIL	45		
	03	MARS	46		
	02	FEVRIER	47		
	01	JAN	48		
<hr/>					
	12	DEC	49		
	11	NOV	50		
	10	OCT	51		
<b>2</b>	09	SEP	52		<b>2</b>
	08	AOÛT	53		
<b>0</b>	07	JUL	54		<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUIN	55		<b>1</b>
<b>9</b>	05	MAI	56		<b>9</b>
	04	AVRIL	57		
	03	MARS	58		
	02	FEVRIER	59		
	01	JAN	60		
<hr/>					
	12	DEC	61		
	11	NOV	62		
	10	OCT	63		
<b>2</b>	09	SEP	64		<b>2</b>
	08	AOÛT	65		
<b>0</b>	07	JUL	66		<b>0</b>
<b>1</b>	06	JUIN	67		<b>1</b>
<b>8</b>	05	MAI	68		<b>8</b>
	04	AVRIL	69		
	03	MARS	70		
	02	FEVRIER	71		
	01	JAN	72		

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES  
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE (INSTAT)

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DU DÉVELOPPEMENT SOCIAL  
CELLULE DE PLANIFICATION ET DE STATISTIQUE SECTEUR SANTÉ,  
DEVELOPPEMENT SOCIAL ET PROMOTION DE LA FAMILLE (CPS/SSDSPF)

SEPTIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI  
EDSM-VII  
QUESTIONNAIRE HOMME

IDENTIFICATION																
NOM DE LA LOCALITÉ _____																
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
HOMME SÉLECTIONNÉ POUR MODULE VD ? (1=OUI, 2=NON) .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
VISITES D'ENQUÊTEURS																
	1	2	3	VISITE FINALE												
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE No ENQUÊT <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>												
<p>*CODES RÉSULTAT :    1 REMPLI                      4 REFUSÉ                                   2 PAS À LA MAISON    5 PARTIELLEMENT REMPLI    7 AUTRE _____                                   3 DIFFÉRÉ                      6 INCAPACITÉ                      (PRÉCISEZ)</p>																
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</table>    LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>    LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>    INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table></p>																
<p>LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <u>FRANÇAIS</u>                      **CODES LANGUES :</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>01 FRANÇAIS</td> <td>07 DOGON</td> </tr> <tr> <td>02 BAMBARA/MALINKÉ</td> <td>08 MINIANKA</td> </tr> <tr> <td>03 SONRAÏ/DJERMA</td> <td>09 TAMACHECK</td> </tr> <tr> <td>04 PEUHL/FOULFOULDÉ</td> <td>10 BOBO/DAFING</td> </tr> <tr> <td>05 SÉNOUFO</td> <td>11 BOZO</td> </tr> <tr> <td>06 MARKA/SONINKÉ</td> <td>96 AUTRE</td> </tr> </table> <p style="text-align: right;">_____ (PRÉCISEZ)</p>					01 FRANÇAIS	07 DOGON	02 BAMBARA/MALINKÉ	08 MINIANKA	03 SONRAÏ/DJERMA	09 TAMACHECK	04 PEUHL/FOULFOULDÉ	10 BOBO/DAFING	05 SÉNOUFO	11 BOZO	06 MARKA/SONINKÉ	96 AUTRE
01 FRANÇAIS	07 DOGON															
02 BAMBARA/MALINKÉ	08 MINIANKA															
03 SONRAÏ/DJERMA	09 TAMACHECK															
04 PEUHL/FOULFOULDÉ	10 BOBO/DAFING															
05 SÉNOUFO	11 BOZO															
06 MARKA/SONINKÉ	96 AUTRE															
<p>ÉQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>NUMÉRO</p>				<p>CHEF D'ÉQUIPE</p> <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>NOM _____ NUMÉRO</p>												

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle \_\_\_\_\_ . Je travaille pour l'Institut National de la Statistique (INSTAT). En collaboration avec la Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille (CPS/SS-DS-PF), Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout au Mali. Les informations que nous collectons aideront à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions à me poser ?

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

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

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES ..... MINUTES .....	
102	Dans quelle RÉGION êtes-vous née ?	KAYES ..... 01 KOULIKORO ..... 02 SIKASSO ..... 03 SÉGOU ..... 04 MOPTI ..... 05 TOMBOUCTOU ..... 06 GAO ..... 07 KIDAL ..... 08 TAOUDENIT ..... 09 MÉNAKA ..... 10 BAMAKO ..... 11 EN DEHORS DU MALI/À L'ÉTRANGER .... 96	104
103	Dans quel pays êtes-vous né ?	PAYS _____	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... 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 DE L'ENQUÊTE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
107	Juste avant d'emménager ici, dans quelle RÉGION viviez-vous ?	KAYES ..... 01 KOULIKORO ..... 02 SIKASSO ..... 03 SÉGOU ..... 04 MOPTI ..... 05 TOMBOUCTOU ..... 06 GAO ..... 07 KIDAL ..... 08 TAOUDENIT ..... 09 MÉNAKA ..... 10 BAMAKO ..... 11 EN DEHORS DU MALI/À L'ÉTRANGER ..... 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une grande ville comme Bamako, une petite ville ou en zone rurale ?	GRANDE VILLE (BAMAKO, AUTRE CAPITAL,...) 1 AUTRE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
109	Pourquoi avez-vous déménagé dans cet endroit ?	EMPLOI ..... 01 ÉDUCATION/FORMATION ..... 02 MARIAGE ..... 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE/AUTRE RAISON FAMILIALE ..... 04 DÉPLACEMENT FORCÉ ..... 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/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 allé à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 117
114	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle ..... 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle ..... 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
115	Quelle est [ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
116	VÉRIFIEZ 114 : FONDAMENTAL 1er Cycle, <input type="checkbox"/> FONDAMENTAL 2nd Cycle SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> →	119
117	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉ. SI L'ENQUÊTÉ NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE ..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE SOUHAITÉE PAR L'ENQUÊTÉ ..... 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE ..... 5	
118	VÉRIFIEZ 117 : CODE '2', '3' OU '4' ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> →	120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit à partir de n'importe quel appareil ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT ET DE	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 DE L'ENQUÊTE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
130	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 01 CATHOLIQUE ..... 02 PROTESTANT ..... 03 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE ..... 04 ANIMISTE ..... 05 SANS RELIGION ..... 06  AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	<b>CODE ETHNIE (Pour les MALIENS)</b> BAMBARA ..... 01 MALINKE ..... 02 PEULH ..... 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA ..... 04 KASSONKE ..... 05 SONRAÏ ..... 06 DOGON ..... 07 TOUAREG/BELLA ..... 08 SÉNOUFO/MINIANKA ..... 09 BOBO ..... 10 BOZO ..... 11 ARABE/MAURE ..... 12 AUTRE ETHNIE MALIENNE ..... 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 tous les enfants que vous avez eus durant votre vie. Je m'intéresse à tous vos enfants biologiques, même s'ils ne sont pas légalement les vôtres ou s'ils ne portent pas votre nom. Avez-vous ou avez-vous eu des enfants que vous avez engendrés ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 206
202	Avez-vous des fils ou des filles dont vous êtes le père et qui vivent actuellement avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 204
203	a) Combien de fils vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS À LA MAISON ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES À LA MAISON ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
204	Avez-vous des fils ou filles dont vous êtes le père qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 206
205	a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) FILS AILLEURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES AILLEURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
206	Avez-vous eu une fille ou un garçon qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie même pendant un très court moment ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 208
207	a) Combien de garçons sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. b) Combien de filles sont décédées ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	a) GARÇONS DÉCÉDÉS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> b) FILLES DÉCÉDÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'.	TOTAL DES ENFANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
209	VÉRIFIEZ 208 :  A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/> N'A EU AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/>		→ 211 → 301
210	Est-ce que tous les enfants dont vous êtes le père ont tous la même mère biologique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
211	<p>VÉRIFIEZ 208 :</p> <p>A EU PLUS D'UN ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>A EU SEULEMENT UN ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge aviez-vous quand votre premier enfant est né ?      b) Quel âge aviez-vous quand votre enfant est né ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
212	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <p>AU MOINS UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p>	<p>AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p>	→ 301
213	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <p>PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge a votre plus jeune enfant ?      b) Quel âge a votre enfant ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
214	<p>VÉRIFIEZ 213 :</p> <p>(LE PLUS JEUNE) ENFANT A 0-2 ANS <input type="checkbox"/></p> <p>(LE PLUS JEUNE) ENFANT A 3 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/></p>		→ 301
215	<p>VÉRIFIEZ 203 ET 205 :</p> <p>PLUS D'UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel est le nom de votre plus jeune enfant ?      b) Quel est le nom de votre enfant ?</p>	<p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENFANT (LE PLUS JEUNE))</p>	
216	<p>Quand la mère de (NOM EN 215) était enceinte de (NOM EN 215), a-t-elle eu des examens prénatals ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 218
217	<p>Est-ce que vous étiez présent pendant l'un de ces examens prénatals ?</p>	<p>PRÉSENT ..... 1</p> <p>PAS PRÉSENT ..... 2</p>	
218	<p>Est-ce que (NOM EN 215) est né dans un hôpital ou un établissement de santé ?</p>	<p>HÔPITAL/ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ ..... 1</p> <p>AUTRE ..... 2</p>	→ 301
219	<p>Êtes-vous allé avec la mère de (NOM EN 215) à l'hôpital ou l'établissement de santé où elle a donné naissance à (NOM EN 215) ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</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.		
01	Avez-vous déjà entendu parler de stérilisation féminine ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
02	Avez-vous déjà entendu parler de stérilisation masculine ? INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
03	Avez-vous déjà entendu parler de DIU ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
04	Avez-vous déjà entendu parler d'injectables ? INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
05	Avez-vous déjà entendu parler d'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	Avez-vous déjà entendu parler de pilule ? INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
07	Avez-vous déjà entendu parler de condom ? INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
08	Avez-vous déjà entendu parler de condom féminin ? INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
09	Avez-vous déjà entendu parler de contraception d'urgence ? INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre pendant 3 jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
10	Avez-vous déjà entendu parler de méthode des jours fixes ? INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
11	Avez-vous déjà entendu parler de 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	Avez-vous déjà entendu parler de 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	Avez-vous déjà entendu parler de retrait ? INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2	
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE  _____ A (PRÉCISEZ)  OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE  _____ B (PRÉCISEZ)  NON ..... Y	

## SECTION 3. CONTRACEPTION

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

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À	
401	Êtes-vous actuellement marié ou vivez-vous avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 OUI, VIT AVEC UNE FEMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→ 404	
402	Avez-vous déjà été marié ou avez-vous vécu avec une femme comme si vous étiez marié ?	OUI, A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ ..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UNE FEMME ..... 2 NON ..... 3	→ 413	
403	Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuf, divorcé ou séparé ?	VEUF ..... 1 DIVORCÉ ..... 2 SÉPARÉ ..... 3	→ 410	
404	Est-ce que votre (épouse/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-elle ailleurs ?	VIT AVEC LUI ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2		
405	Avez-vous d'autres épouses ou vivez-vous avec d'autres femmes comme si vous étiez marié ?	OUI (PLUS D'UNE ÉPOUSE) ..... 1 NON (SEULEMENT UNE ÉPOUSE) ..... 2	→ 407	
406	En tout, combien d'épouses ou de partenaires avec qui vous vivez comme si vous étiez marié avez-vous ?	NOMBRE TOTAL D'ÉPOUSES ET DE FEMMES AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ	<input type="text"/> <input type="text"/>	
407	<p>VÉRIFIEZ 405 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>a) Dites-moi, s'il vous plaît, le nom de (épouse/partenaire).</p> <p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>b) Dites-moi, s'il vous plaît, le nom de votre (première/suivante) épouse ou femme avec qui vous vivez comme si vous étiez marié.</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DU TABLEAU MÉNAGE POUR LA (PREMIÈRE/SUIVANTE) ÉPOUSE OU CONJOINTE AVEC QUI IL VIT COMME MARIÉ.</p> <p>SI UNE FEMME N'EST PAS LISTÉE DANS LE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'.</p>	<p>NOM</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE</p> <p>ÂGE</p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p>	<p>408</p> <p>Quel âge avait (NOM EN 407) à son dernier anniversaire ?</p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p> <p>_____ <input type="text"/><input type="text"/></p>	
408	<p>Quel âge avait (NOM EN 407) à son dernier anniversaire ?</p> <p>RETOURNER AU 407 POUR LA FEMME OU PARTENAIRE RÉSIDENTIEL SUIVANTE</p>			
409	<p>VÉRIFIEZ 407 :</p> <p>UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p>	<p>PLUS D'UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/></p>	→ 411	
410	Avez-vous été marié ou avez-vous vécu avec une femme une seule fois ou plus d'une fois ?	PLUS D'UNE FOIS ..... 1 UNE SEULE FOIS ..... 2		

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
411	<p>VÉRIFIEZ 405 ET 410 :</p> <p>LES DEUX SONT <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/>  CODE '2'</p> <p>a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (épouse/partenaire) ?</p> <p>b) Je voudrais maintenant vous parler de votre première (épouse/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec elle ?</p>	<p>MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE MOIS ..... 98</p> <p>ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998</p>	→ 413
412	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec elle pour la première fois ?	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
413	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR ÊTRE EN PRIVÉ.</b>		
414	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que toutes vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ?	<p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS ... 00</p> <p>ÂGE EN ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 501
415	Je voudrais vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ?	<p>IL Y A DES JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES SEMAINES ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>IL Y A DES ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 429
	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.		
416	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	→ 418
417	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 419
418	Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ?	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... B</p> <p>DIU ..... C</p> <p>INJECTABLES ..... D</p> <p>IMPLANTS ..... E</p> <p>PILULE ..... F</p> <p>CONDOM ..... G</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... H</p> <p>CONTRACEPTION D'URGENCE ..... I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES ..... J</p> <p>MAMA ..... K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME ..... L</p> <p>RETRAIT ..... M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE ..... X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE ..... Y</p>	→ 420
	ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.		
	SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, PASSEZ À 420, MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.		

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
419	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 422
420	Quelle était la marque du condom utilisé ?  SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE.	PRUDENCE ..... 01 PROTECTOR ..... 02 DUREX ..... 03  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 98	
421	Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?  INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.  SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ OU SI C'EST UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	<b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b> HÔPITAL NATIONAL ..... 11 HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12 CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13 CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14 DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15 INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16 CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17  AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 18 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b> HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21 CENTRE CONFESIONNEL ..... 22 CABINET MÉDICAL ..... 23 CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24 PHARMACIE ..... 25 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26  AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 27 (PRÉCISEZ)  <b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b> HÔPITAL ONG ..... 31 CLINIQUE ONG ..... 32  AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 36 (PRÉCISEZ)  <b>AUTRE SOURCE</b> BOUTIQUE ..... 41 BAR/BOÎTE DE NUIT ..... 42 KIOSQUE/TABLIER ..... 43 VENDEUR AMBULANT ..... 44 AMIS/PARENTS ..... 45  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

## SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
422	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
423	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 429
424	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
425	Quelle était votre relation avec cette seconde personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE: Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
426	À part ces deux personnes, avez-vous eu des rapports sexuels avec d'autres personnes au cours des 12 derniers mois ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 429
427	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette troisième personne, est-ce qu'un condom masculin ou féminin a été utilisé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
428	Quelle était votre relation avec cette troisième personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?  SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ?  SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE ..... 1 PARTENAIRE AVEC QUI IL VIT ..... 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ ..... 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE ..... 4 TRAVAILLEUSE DU SEXE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
429	En tout, durant votre vie, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels ?  DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE PARTENAIRES SUR LA DURÉE DE VIE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>  NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À												
501	VÉRIFIEZ 401 : ACTUELLEMENT MARIÉ OU <input type="checkbox"/> NON MARIÉ ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> VIVANT AVEC UNE PARTENAIRE ↓ ET NE VIVANT PAS AVEC UNE PARTENAIRE		→ 514												
502	VÉRIFIEZ 418 : HOMME NON STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU QUESTION NON POSÉE ↓	HOMME <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ	→ 514												
503	VÉRIFIEZ 407 : UNE ÉPOUSE/ PARTENAIRE <input type="checkbox"/> ↓	PLUS D'UNE <input type="checkbox"/> ÉPOUSE/ PARTENAIRE	→ 509												
504	Est-ce que votre (épouse/partenaire) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 507												
505	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfants ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRE ENFANT ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514												
506	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT .....993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS .....998									→ 514				
507	VÉRIFIEZ 208 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓</td><td style="width: 50%; text-align: center;">N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?</td><td style="vertical-align: top;">b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?</td></tr></table>	A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓	a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?	b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?	VEUT (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE/PARTENAIRE STÉRILISÉE ..... 4 ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ..... 5 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
A EU <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓														
a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un autre enfant ou préféreriez- vous ne plus avoir d'enfant ?	b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez- vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?														
508	VÉRIFIEZ 208 : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 50%; text-align: center;">A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓</td><td style="width: 50%; text-align: center;">N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓</td></tr><tr><td style="vertical-align: top;">a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?</td><td style="vertical-align: top;">b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?</td></tr></table>	A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓	a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?	b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT .....993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS .....998									→ 514
A <input type="checkbox"/> DES ENFANTS ↓	N'A PAS <input type="checkbox"/> D'ENFANT ↓														
a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?	b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?														
509	Est-ce que l'une de vos (épouses/partenaires) est actuellement enceinte ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 512												

## SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
510	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après la naissance de l'enfant que vous et votre (épouse/partenaire) attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?	AVOIR UN AUTRE ENFANT ..... 1 NE PLUS EN AVOIR ..... 2 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
511	Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									→ 514
512	VÉRIFIEZ 208:  A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> ↓ a) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus avoir d'enfant ?  N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> ↓ b) Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir un enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'enfant ?	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PLUS D'ENFANT/AUCUN ..... 2 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3 ÉPOUSE (ÉPOUSES/PARTENAIRES) STÉRILISÉES ..... 4 ENQUÊTÉ STÉRILISÉ ..... 5 INDÉCIS/NE SAIT PAS ..... 8	→ 514								
513	VÉRIFIEZ 208 :  A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un autre enfant ?  N'A PAS D'ENFANT <input type="checkbox"/> ↓ b) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un enfant ?	MOIS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNÉES ..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT QUE LE COUPLE NE PEUT PAS AVOIR D'ENFANT ..... 994 AUTRE ..... 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS ..... 998									
514	VÉRIFIEZ 203 ET 205 :  A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> ↓ 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 ? INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.  AUCUN ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?	AUCUN ..... 00  NOMBRE ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)			→ 601   → 601						
515	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ?	GARÇONS FILLES PEU IMPORTE NOMBRE... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)									

## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

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

## SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

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

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
700	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
701	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 729
702	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 708
703	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
704	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
705	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
708	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
709	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
710	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 712
711	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/CA DÉPEND ..... 8	
712	<b>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.</b>		
713	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 721
714	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>Où le test a-t-il été fait ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p><b>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC</b></p> <p>HÔPITAL NATIONAL ..... 11</p> <p>HÔPITAL RÉGIONAL ..... 12</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DE RÉFÉRENCE .. 13</p> <p>CENTRE DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE .. 14</p> <p>DISPENSARE/MATERNITÉ ..... 15</p> <p>INFIRMERIE DE GARNISON MILITAIRE .. 16</p> <p>CENTRE MEDICAUX INTER-ENTREPRISES (CMIE/INPS) ..... 17</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 18</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC ..... 19 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</b></p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE CONFESIONNEL ..... 22</p> <p>CABINET MÉDICAL ..... 23</p> <p>CABINET DE SOIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>PHARMACIE ..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE (ASC)/RELAIS .. 26</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ ..... 28 (PRÉCISEZ)</p> <p><b>SECTEUR MÉDICAL ONG</b></p> <p>HÔPITAL ONG ..... 31</p> <p>CLINIQUE ONG ..... 32</p> <p>CENTRE DE CONSEILS ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE ..... 33</p> <p>ORGANISATION A BASE COMMUNAUTAIRE</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG ..... 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>	
716	Avez-vous eu les résultats du test ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 720
717	Quel était le résultat du test ?	<p>POSITIF ..... 1</p> <p>NEGATIF ..... 2</p> <p>INDÉTERMINÉ ..... 3</p> <p>N'A PAS VOULU RÉPONDRE ..... 4</p>	→ 720

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
718	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS ..... 98  ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE ..... 9998  MÊME DATE QUE TEST VIH LE PLUS RÉCENT 95	
719	Est-ce que vous prenez actuellement des TAR qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des TAR .	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
720	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ?  DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION, SI LE NOMBRE DE TESTS EST 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
721	Avez-vous entendu parler de kits de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 723
722	Vous êtes-vous testé vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
723	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
724	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛR/CELA DÉPEND ..... 8	
725	VÉRIFIEZ 717 :  <div style="text-align: center;">           CODE '1' <input type="checkbox"/>            ENCERCLÉ ↓         </div> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">           AUTRE <input type="checkbox"/> →         </div>		→ 729
726	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH . Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
727	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante: J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD ..... 1 PAS D'ACCORD ..... 2	

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES		ALLEZ À
728	Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :			
			OUI	NON
	a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	a) LES GENS ONT MAL PARLÉ	.. 1	2
	b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.	b) RÉVÉLÉ SANS PERMISSION	.. 1	2
	c) J'ai été insulté, harcelé ou menacé parce que j'ai le VIH.	c) INSULTÉ .....	1	2
	d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.	d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ .....	1	2
	e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondé, m'a traité de tous les noms ou m'a agressé verbalement parce que j'ai le VIH.	e) PERSONNEL DE SANTÉ A AGRESSÉ VERBALEMEN' ..	1	2

## SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p>A ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>a) À part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>N'A PAS ENTENDU PARLER DU VIH <input type="checkbox"/> OU DU SIDA ↓</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
730	<p>VÉRIFIEZ 414 :</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> SEXUELS ↓</p> <p>N'A JAMAIS EU <input type="checkbox"/> DE RAPPORTS SEXUELS → 735</p>		
731	<p>VÉRIFIEZ 729 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>NON <input type="checkbox"/> → 733</p>		
732	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
733	<p>Il arrive parfois que les hommes aient un écoulement du pénis qui n'est pas normal. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu un écoulement anormal du pénis ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
734	<p>Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère sur leur pénis ou à côté. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère sur votre pénis ou à côté ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
735	<p>Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
736	<p>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 une femme autre que ses épouses?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

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

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

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

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

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

## SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
817	Êtes-vous couvert par une assurance médicale ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 819
818	Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couvert ?  ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE (AMO) A REGIME D'ASSISTANCE MEDICALE (RAMED) B ASSURANCE MALADIE VOLONTAIRE (AMV) C MUTUELLE DE SANTE COMMUNAUTAIRE (MSC) ..... D ASSURANCE MALADIE DES COMPAGNIES D'ASSURANCE PRIVÉE (STANE, NSIA, SONAVIE,..) ..... E AUTRE ASSURANCE PRIVÉE ..... F  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
819	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	→ 821
820	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	→ 900
821	Pensez-vous que l'excision est exigée par votre religion ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS DE RELIGION ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8	
822	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 9. ACTIVITÉ PHYSIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
900	<p>Je vais maintenant vous poser quelques questions sur le temps que vous consacrez à différents types d'activité physique lors d'une semaine typique. Veuillez répondre à ces questions même si vous ne vous considérez pas comme quelqu'un d'actif.</p> <p>Pensez tout d'abord au temps que vous y consacrez au travail, qu'il s'agisse d'un travail rémunéré ou non, de tâches ménagères, de cueillir ou récolter des aliments, de pêcher ou chasser, de chercher un emploi. Dans les questions suivantes, les activités physiques de forte intensité sont des activités nécessitant un effort physique important et causant une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, et les activités physiques d'intensité modérée sont des activités qui demandent un effort physique modéré et causant une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque.</p>		
901	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques de forte intensité qui nécessitent une augmentation conséquente de la respiration ou du rythme cardiaque, comme soulever des charges lourdes, travailler sur un chantier, effectuer du travail de maçonnerie pendant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES DE FORTE INTENSITÉ.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 904
902	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques de forte intensité dans le cadre de votre travail ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
903	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques de forte intensité, combien de temps en minutes consacrez-vous à ces activités ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
904	<p>Est-ce que votre travail implique des activités physiques d'intensité modérée, comme une marche rapide ou soulever une charge légère durant au moins 10 minutes d'affilée ?</p> <p>UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES D'ACTIVITÉS PHYSIQUES D'INTENSITÉ MODÉRÉE.</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 907
905	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des activités physiques d'intensité modérée dans le cadre de votre travail ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
906	Lors d'une journée habituelle durant laquelle vous effectuez des activités physiques d'intensité modérée, combien de temps en minutes consacrez-vous à ces activités ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
907	<p>Les questions suivantes excluent les activités physiques dans le cadre de votre travail, que vous avez déjà mentionnées.</p> <p>Maintenant, je voudrais connaître votre façon habituelle de vous déplacer d'un endroit à l'autre ; par exemple pour aller au travail, faire des courses, aller au marché, aller à votre lieu consacré au culte ?</p>		
908	Est-ce que vous effectuez des trajets d'au moins 10 minutes à pied, à vélo, ou par pirogue ?	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 911
909	Habituellement, combien de jours par semaine effectuez-vous des trajets d'au moins 10 minutes à pied, à vélo, ou par pirogue ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	

## SECTION 9. ACTIVITÉ PHYSIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
910	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à vos déplacements à pied, à vélo, ou par pirogue ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
911	Les questions suivantes excluent les activités liées au travail et aux déplacements que vous avez déjà mentionnées. Maintenant je souhaiterais vous poser des questions sur le sport, le fitness et les activités de loisirs		
912	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs de forte intensité qui nécessitent une augmentation importante de la respiration ou du rythme cardiaque comme courir ou jouer au football pendant au moins dix minutes d'affilée ?  UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 915
913	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
914	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs de forte intensité ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
915	Est-ce que vous pratiquez des sports, du fitness ou des activités de loisirs d'intensité modérée qui nécessitent une petite augmentation de la respiration ou du rythme cardiaque comme la marche rapide faire du vélo, nager, jouer au volley pendant au moins dix minutes d'affilée ?  UTILISER LA BOÎTE À IMAGES POUR DONNER DES EXEMPLES	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 918
916	Habituellement, combien de jours par semaine pratiquez-vous une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/>	
917	Lors d'une journée habituelle, combien de temps en minutes consacrez-vous à une activité sportive, du fitness ou d'autres activités de loisirs d'intensité modérée ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
918	La question suivante concerne le temps passé en position assise ou couchée, au travail, à la maison, en déplacement, à rendre visite à des amis, et inclut le temps passé [assis devant un bureau, se déplacer en voiture, en bus, en train, à lire, jouer aux cartes ou à regarder la télévision] mais n'inclut pas le temps passé à		
919	Combien de temps en minutes passez-vous en position assise ou couchée lors d'une journée habituelle ?	MINUTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

## SECTION 10. MALADIES CHRONIQUES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1001	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1002	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1006
1003	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1004	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1005	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1006	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
1007	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1011
1008	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1009	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1010	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1011	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1013
1012	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1013	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1015
1014	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

## SECTION 10. MALADIES CHRONIQUES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1015	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1017
1016	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1017	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez de la dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1019
1018	Suivez-vous actuellement un traitement pour la dépression ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1019	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez de l'anxiété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1021
1020	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'anxiété ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1021	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous souffriez de troubles épileptiques ou d'épilepsie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1023
1022	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'épilepsie ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1023	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1025
1024	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
1025	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est-à-dire une maladie qui dure depuis longtemps ?	OUI ..... 1  (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) NON ..... 2	→ 1027
1026	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1025) ?	YES ..... 1 NO ..... 2	
1027	Avez-vous déjà reçu un vaccin contre la COVID-19 ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 1100
1028	Quand a eu lieu votre dernière vaccination contre le COVID-19 ?	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 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																										
1100	VÉRIFIER LA PAGE DE COUVERTURE: L'HOMME EST SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE VD ?  HOMME SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓	HOMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉ →	1138																																										
1101	VÉRIFIER LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUER TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS SÛRE D'ÊTRE EN PRIVÉ.  VOUS ÊTES EN PRIVÉ ..... 1 ↓	IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ ..... 2 →	1137																																										
1102	LISEZ À L'ENQUÊTÉE : Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'un homme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des hommes au Mali. 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.																																												
1103	VÉRIFIER 401 ET 402:  JAMAIS MARIÉ/ JAMAIS VÉCU AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> ↓	ACTUELLEMENT MARIÉ/ VIVANT AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> → 1106  PRÉCÉDEMMENT MARIÉ/ A VÉCU AVEC UNE FEMME (À LIRE AU PASSÉ ET UTILISER 'DERNIÈRE' AVEC 'FEMME/ PARTENAIRE FEMINE') <input type="checkbox"/> → 1106	1106 1106																																										
1104	Vous avez déclaré que vous n'étiez pas marié et que vous ne viviez pas avec un femme comme si vous étiez marié. Êtes-vous engagé actuellement dans une relation intime avec une femme bien que vous ne viviez pas avec elle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1106																																										
1105	Avez-vous déjà été engagé dans une relation intime avec une femme bien que vous n'ayez jamais vécu avec elle ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1122																																										
1106	Maintenant, je vais vous poser des questions sur des situations qui peuvent se produire entre certains hommes et leur conjointe (épouse/ partenaire féminine).  A. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) ?	B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?																																											
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th></th> <th colspan="3">PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th>PARFOIS</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Elle (est/était) jalouse ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres femmes ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Elle vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Elle ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amis ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) Elle (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) Elle (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		PAS DANS 12 DERNIERS MOIS						SOUVENT	PARFOIS		a) Elle (est/était) jalouse ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	b) Elle vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	c) Elle ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amis ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	d) Elle (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	e) Elle (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ		PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																										
			SOUVENT	PARFOIS																																									
a) Elle (est/était) jalouse ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																								
b) Elle vous (accuse/accusait) d'être infidèle ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																								
c) Elle ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amis ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																								
d) Elle (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																								
e) Elle (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?	OUI 1 NON 2 ↓	→	1	2	3																																								

## SECTION 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																							
1107	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernière) (épouse/partenaire féminine).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) :</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?</p>																																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>PARFOIS</th> <th>PAS DANS 12 DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS	a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres	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																																				
DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 DERNIERS MOIS																																																						
a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres	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																																																						
1108	<p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) vous ait fait l'une des choses suivantes :</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?</p>																																																								
		<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>PARFOIS</th> <th>PAS DANS 12 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>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pied, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec elle quand vous ne le vouliez pas ?</td> <td>OUI 1 NON 2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>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>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 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	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3	e) vous donne des coups de pied, 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 elle 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	
DÉJÀ ARRIVÉ		SOUVENT	PARFOIS	PAS DANS 12 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	OUI 1 NON 2	→ 1	2	3																																																						
e) vous donne des coups de pied, 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 elle 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 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1109	VÉRIFIER 1108A (a-j):  AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI'	→ 1111
1110	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernière) (épouse/partenaire féminine), il vous est arrivé d'avoir :  a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?  b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?  c) 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	
1111	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 (dernière) (épouse/partenaire féminine) alors qu'elle ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1113
1112	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) : souvent, parfois seulement ou pas du tout ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1113	Est-ce que votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 1115
1114	Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, parfois seulement ou jamais ?	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1115	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernière) (épouse/partenaire féminine) : la plupart du temps, parfois ou jamais ?	PEUR LA PLUPART DU TEMPS . . . . 1 PEUR PARFOIS ..... 2 JAMAIS PEUR ..... 3	

## SECTION 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1116	<p>A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuelle/dernière) (épouse/partenaire féminine). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement d'une de vos précédentes épouses ou de toute autre partenaire féminine actuelle ou précédente que vous avez pu avoir .</p> <p>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'une épouse précédente ou une autre partenaire féminine actuelle ou précédente vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pied ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</p> <p>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'une épouse précédente ou une autre partenaire féminine actuelle ou précédente 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'une épouse précédente ou une autre partenaire féminine actuelle ou précédente vous a humilié devant d'autres personnes, vous menace de vous blesser, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou cherche à vous rabaisser ?</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</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="4">N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN . . . . . 6 → 1117</td> </tr> <tr> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN . . . . . 6 → 1117				OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3	OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3	OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3	
DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																				
N'A JAMAIS EU UN AUTRE MARI/ PARTENAIRE MASCULIN . . . . . 6 → 1117																							
OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3																				
OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3																				
OUI 1 NON 2 ↓	1	2	3																				
1117	<p>VÉRIFIER 1108A (h-j) ET 1116A (b):</p> <p>AU MOINS UN <input type="checkbox"/> OUI ↓</p>	<p>PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> OUI → 1122</p>																					
1118	<p>Quel âge aviez-vous la première fois qu'une épouse ou une partenaire féminine, actuelle ou précédente, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou de pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS . . . . . 98</p>																					
1122	<p>VÉRIFIER 401 ET 402 ET 1104 ET 1105:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN <input type="checkbox"/> HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓</p> <p>a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre qu'une épouse ou partenaire féminine vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ? N'oubliez pas, je ne parle pas ici d'une épouse ou d'une partenaire féminine.</p>	<p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN ↓</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>	<p>OUI . . . . . 1</p> <p>NON . . . . . 2</p> <p>A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE . . . . . 3 → 1125</p>																				

## SECTION 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1123	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/FEMME DU PÈRE ..... A PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... B SOEUR/FRÈRE ..... C FILLE/FILS ..... D AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... E PETITE AMIE ACTUELLE ..... F ANCIENNE PETITE AMI ..... G BELLE-MÈRE ..... H BEAU-PÈRE ..... I AUTRE BEAU-PARENT ..... J ENSEIGNANT ..... K CAMARADE D'ÉCOLE/DE CLASSE ... L EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL ..... M POLICE/SOLDAT ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	
1124	<p>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, seulement de temps en temps ou pas du tout ?</p>	SOUVENT ..... 1 PARFOIS ..... 2 PAS DU TOUT ..... 3	
1125	<p>VÉRIFIER 401 ET 402 ET 1104 ET 1105:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p>		→ 1127
1126	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un d'autre qu'une épouse précédente ou une partenaire actuelle ou précédente vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? N'oubliez pas, je ne parle pas ici d'une épouse ou d'une partenaire féminine.</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1128 → 1131
1127	<p>À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé de quelque manière que ce soit à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE ..... 3	→ 1131
1128	<p>VÉRIFIER 401 ET 402 ET 1104 ET 1105:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN <input type="checkbox"/></p> <p>a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un d'autre qu'une épouse ou une autre partenaire féminine, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté?</p> <p>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?</p>	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	

## SECTION 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À				
1129	<p>Qui vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	PÈRE/MARI DE LA MÈRE ..... A FRÈRE/DEMI-FRÈRE ..... B AUTRE PERSONNE APPARENTÉE ... C PETITE AMIE ACTUELLE ..... D ANCIENNE PETITE AM. .... E BEAU-PARENT ..... F AMIE/RENCONTRE ..... G AMI DE LA FAMILLE ..... H ENSEIGNANTE ..... I CAMARADE D'ÉCOLE/CLASSE ..... J EMPLOYEUR/QUELQU'UN .. AU TRAVAIL ..... K POLICE/SOLDAT ..... L PRÊTRE/RESPONSABLE RELIGIEUX M ÉTRANGER ..... N  AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)					
1130	<p>VÉRIFIER 401 ET 402 ET 1104 ET 1105:</p> <table border="0"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px;">           A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/            A VÉCU AVEC UN HOMME/            A DÉJÀ EU UN            PARTENAIRE MASCULIN         </td> <td style="padding-left: 10px;">           N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/            N'A JAMAIS EU UN            PARTENAIRE MASCULIN         </td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding-right: 10px;">           ↓            a) Au cours des 12 derniers            mois, est-ce que quelqu'un            d'autre qu'une épouse            précédente ou une partenaire            féminine actuelle ou            précédente vous a forcé à            avoir des rapports sexuels ou            à pratiquer des actes sexuels            contre votre volonté?         </td> <td style="padding-left: 10px;">           ↓            b) Au cours des 12 derniers            mois, est-ce que quelqu'un            vous a forcé à avoir des            rapports sexuels ou à            pratiquer des actes            sexuels que vous ne            vouliez pas ?         </td> </tr> </table>	A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN	N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN	↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre qu'une épouse précédente ou une partenaire féminine actuelle ou précédente vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté?	↓ b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME/ A DÉJÀ EU UN PARTENAIRE MASCULIN	N'A JAMAIS ÉTÉ MARIÉE/ N'A JAMAIS EU UN PARTENAIRE MASCULIN						
↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre qu'une épouse précédente ou une partenaire féminine actuelle ou précédente vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté?	↓ b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?						
1131	<p>VÉRIFIEZ 1108A (a-j), 1116A (a,b), 1120, 1122, 1126, ET 1127:</p> <p style="text-align: center;">           AU MOINS UN <input type="checkbox"/>            OUI' ↓         </p>	<p style="text-align: center;">           PAS UN SEUL <input type="checkbox"/>            OUI' →         </p>	<p style="text-align: right;">→ 1135</p>				
1132	<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>	OUI ..... 1 NON ..... 2	<p style="text-align: right;">→ 1134</p>				
1133	<p>Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ?</p> <p>Personne d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	PROPRE FAMILLE ..... A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE .. B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN ..... C PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN ..... D AMI ..... E VOISIN ..... F RESPONSABLE RELIGIEUX ..... G MÉDECIN/PERSONNEL MÉDICAL ... H POLICE ..... I AVOCAT ..... J ORGANISATION SERVICE SOCIAL ... K  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	<p style="text-align: right;">→ 1135</p>				
1134	<p>Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2					

SECTION 11. MODULE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																
1135	Pour autant que vous le sachiez, est-ce que votre père battait votre mère ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																	
	REMERCIEZ 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.																		
1136	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 border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI, UNE FOIS</td> <td align="center">OUI, PLUS D'UNE FOIS</td> <td align="center">NON</td> </tr> <tr> <td>MARI .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULT ..</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE .....</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> </table>		OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON	MARI .....	1	2	3	AUTRE HOMME ADULT ..	1	2	3	FEMME ADULTE .....	1	2	3	
	OUI, UNE FOIS	OUI, PLUS D'UNE FOIS	NON																
MARI .....	1	2	3																
AUTRE HOMME ADULT ..	1	2	3																
FEMME ADULTE .....	1	2	3																
1137	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PAS PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS.  _____  _____  _____																		
1138	ENREGISTREZ L'HEURE.	HEURE..... MINUTES .....	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>																

OBSERVATION DE L'ENQUÊTEUR

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

---

---

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

---

---

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

---

---

---

---

---

---

---

SEPTIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI  
EDSM-VII  
QUESTIONNAIRE BIOMARQUEUR

IDENTIFICATION															
NOM DE LA LOCALITÉ _____															
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____															
NUMÉRO DE GRAPPE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NUMÉRO DE CONCESSION .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NUMÉRO DU MÉNAGE .....				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? (1=OUI, 2=NON) .....															
VISITES DU TECHNICIEN DE SANTÉ															
	1	2	3	VISITE FINALE											
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NOM DU TECHNICIEN DE SANTÉ	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
				ANNÉE <table border="1" style="width: 60px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
PROCHAINE DATE VISITE HEURE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td></tr> </table>											
NOTES DU TECHNICIEN DE SANTÉ : _____ _____ _____ _____				TOTAL D'ENFANTS ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
				TOTAL DE FEMMES ÉLIGIBLES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px; float: right;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>											
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">0</table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;">1</table>	LANGUE DE L'INTERVIEW**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ**	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>	INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2)	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> </table>								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE**	<b>FRANÇAIS</b>			**CODES LANGUES :											
				01 FRANÇAIS	07 DOGON										
				02 BAMBARA/MALINKÉ	08 MINIANKA										
				03 SONRAÏ/DJERMA	09 TAMACHECK										
				04 PEUHL/FOULFOULDÉ	10 BOBO/DAFING										
				05 SÉNOUFO	11 BOZO										
				06 MARKA/SONINKÉ	96 AUTRE										
(PRÉCISEZ)															
ÉQUIPE		CHEF D'ÉQUIPE													
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>				<table border="1" style="width: 60px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>											
NUMÉRO		NUMÉRO													
		NOM _____													

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

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

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

	ENFANT 1	ALLEZ À	
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.		
116A	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: LE MÉNAGE EST-IL SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 125	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 125	
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/>	
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants de moins de 5 ans participent au test d'anémie. Le test d'anémie nécessite quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUS ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3	
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> PAS PRÉSENT .....994 REFUSÉ .....995 AUTRE .....996	→ 125
123	VÉRIFIEZ 122 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2	→ 125
124	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de santé immédiatement. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.		

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

	ENFANT 2		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE : ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 125
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉT..... 1 DEBOUT ..... 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

	ENFANT 2	ALLEZ À	
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.		
116A	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: LE MÉNAGE EST-IL SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 125	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 125	
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . <input type="text"/>	
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE :  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants de moins de 5 ans participent au test d'anémie. Le test d'anémie nécessite quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test.  Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ . . . . . 1 REFUS . . . . . 2 ABSENT/AUTRE . . . . . 3	
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.	G/DL . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> PAS PRÉSENT . . . . .994 REFUSÉ . . . . .995 AUTRE . . . . .996	→ 125
123	VÉRIFIEZ 122 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2	→ 125
124	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de santé immédiatement.  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.		

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

	ENFANT 3		ALLEZ À
102	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI: ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE L' ENFANT.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ LA DATE DE NAISSANCE DE L' ENFANT (JOUR , MOIS ET ANNÉE) DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quelle est la date de naissance de (NOM) ?	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
104	SI LA MÈRE EST ENQUÊTÉE : COPIEZ L'ÂGE DE L'ENFANT À PARTIR DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES.  SI LA MÈRE N'EST PAS ENQUÊTÉE, DEMANDEZ : Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  COMPAREZ ET CORRIGEZ 103 ET/OU 104 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/>	
105	VÉRIFIEZ 104 : L'ENFANT A 0-4 ANS?      OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→ 125
106	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 108
107	L'ENFANT ÉTAIT-IL HABILLÉ LÉGÈREMENT?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
108	TAILLE EN CENTIMÈTRES.  SI L' ENFANT A 0-1 AN, MESUREZ EN POSITION ALLONGÉE. SI L' ENFANT A 2, 3, OU 4 ANS, MESUREZ EN POSITION DEBOUT.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENT ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 113
109	L'ENFANT A T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE OU DEBOUT?	ALLONGÉT..... 1 DEBOUT ..... 2	
110	VÉRIFIEZ 104 ET 109: SUR LA BASE DE L'ÂGE DE L'ENFANT, LA PROCÉDURE CORRECTE POUR LA MESURE A T-ELLE ÉTÉ SUIVIE ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 112
111	SI L'ENFANT A 0-1 AN : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION DEBOUT? SI L'ENFANT A 2-4 ANS : POURQUOI (NOM) A-T-IL ÉTÉ MESURÉ EN POSITION ALLONGÉE?  _____ _____		
112	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÊNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
113	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
114	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
115	DATE DU JOUR	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

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

	ENFANT 3	ALLEZ À	
116	INSCRIVEZ LA TAILLE/LONGUEUR ET LE POIDS DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.		
116A	VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: LE MÉNAGE EST-IL SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	→ 125	
117	VÉRIFIEZ 103 : L'ENFANT A-T-IL 0-5 MOIS OU PLUS ÂGÉ? PLUS ÂGÉ <input type="checkbox"/> 0-5 MOIS <input type="checkbox"/>	→ 125	
118	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENFANT	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE NUMÉRO DE LIGNE . . . . . <input type="text"/>	
119	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE : Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie. Nous demandons que tous les enfants de moins de 5 ans participent au test d'anémie. Le test d'anémie nécessite quelques gouttes de sang d'un doigt ou du talon. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et il sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser ? Vous pouvez dire oui ou non pour le test. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE L'ENFANT) à participer au test d'anémie ?		
120	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ . . . . . 1 REFUS . . . . . 2 ABSENT/AUTRE . . . . . 3	
121	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
122	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.	G/DL . . . . . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> PAS PRÉSENT . . . . .994 REFUSÉ . . . . .995 AUTRE . . . . .996	→ 125
123	VÉRIFIEZ 122 : RÉSULTAT DE L'HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS DE 8.0 G/DL, ANÉMIE SEVÈRE . . . . . 1 8.0 G/DL OU PLUS . . . . . 2	→ 125
124	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que (NOM DE L'ENFANT) a une anémie sévère. Votre enfant est sérieusement malade et doit être emmené à un établissement de santé immédiatement. ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
125	SI IL Y A UN AUTRE ENFANT, ALLEZ À 102 À DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'YA PLUS D'ENFANTS, ALLEZ À 201.		

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

201	VÉRIFIEZ LA "LISTE DES INDIVIDUS/BIOMARQUEURS ÉLIGIBLES" FOURNIE PAR CAPI. INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÂGE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL DE TOUTES LES FEMMES ÉLIGIBLES À 202, 203 ET 204 SUR CETTE PAGE ET SUR LES PAGES SUIVANTES À PARTIR DE LA PREMIÈRE INSCRITE. SI IL Y A PLUS DE DEUX FEMMES, UTILISEZ UN (DES) QUESTIONNAIRE (S) SUPPLÉMENTAIRE (S).		
	FEMME 1		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE :	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	JAMAIS EN UNION ..... 1 AUTRE ..... 2	
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÉNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
210	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR SI PAS DE MESUREUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
211	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	VÉRIFIEZ 203 :	AGÉE DE 15-17 ANS <input type="checkbox"/> AGÉE DE 18-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	VÉRIFIEZ 204 :	AUTRE <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 217

		FEMME 1	ALLEZ À
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>			
C O N S E N T E  A D U L T E	214	<p>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                  Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                  Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>	
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
	216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ

	FEMME 1		ALLEZ À
217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE DE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>			
P A R E N T / A D U L T E  R E S P O N S A B L E	218	<b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE :</b>  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.  Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie?	
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
	221	VÉRIFIEZ 219 :	CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ OU ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST</b>			
C O N S E N T E M E N T  E N Q U Ê T É E  M I N E U R E	222	<b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE :</b>  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.  Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie?	
	223	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
	224	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

FEMME 1		ALLEZ À
225	<p>INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.</p> <p style="text-align: right;">G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/></p> <p>ABSENTE .....994</p> <p>REFUS .....995</p> <p>AUTRE .....996</p>	<p>→ 228</p>
226	<p>VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE</p> <p>EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1</p> <p>8.0 G/DL OU PLUS ..... 2</p>	<p>→ 228</p>
227	<p>Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé.</p> <p>ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.</p>	
228	<p>SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 À LA PAGE SUIVANTE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, METTEZ FIN À L'INTERVIEW.</p>	

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

	FEMME 2		ALLEZ À
202	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI : ENREGISTREZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME.	NOM _____ NUMÉRO DE LIGNE ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
203	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÂGE :	15-17 ANS ..... 1 18-49 ANS ..... 2	
204	VÉRIFIEZ LE RÉSULTAT CAPI POUR L'ÉTAT MATRIMONIAL :	JAMAIS EN UNION ..... 1 AUTRE ..... 2	
205	POIDS EN KILOGRAMMES.	KG. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 207
206	LA FEMME PORTAIT-ELLE UNIQUEMENT DES VÊTEMENTS LÉGERS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
207	TAILLE EN CENTIMÈTRES.	CM. .... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE ..... 9994 REFUS ..... 9995 AUTRE ..... 9996	→ 209
208	LA MESURE ENREGISTRÉE A-T-ELLE ÉTÉ GÉNÉE PAR DES CHEVEUX TRESSÉS OU COIFFÉS ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
209	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
210	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ ASSISTANT MESUREUR SI PAS DE MESUREUR ASSISTANT, INSCRIRE 9999.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ	
211	DATE DU JOUR :	JOUR ..... <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
212	VÉRIFIEZ 203 :	AGÉE DE 15-17 ANS <input type="checkbox"/> AGÉE DE 18-49 ANS <input type="checkbox"/>	→ 214
213	VÉRIFIEZ 204 :	AUTRE <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 217

		FEMME 2	ALLEZ À
<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE ADULTE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>			
<b>C O N S E N T E  A D U L T E</b>	214	<p><b>DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR LE TEST D'ANÉMIE :</b></p> <p>Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.</p> <p>Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser?                  Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision.                  Voulez-vous participer au test d'anémie ?</p>	
	215	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 REFUSÉ ..... 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
	216	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE)  <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ

	FEMME 2		ALLEZ À
217	INSCRIVEZ LE NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE L'ENQUÊTÉE MINEURE.	NOM _____  NUMÉRO DE LIGNE DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE <div style="border: 1px dashed black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>	
<b>CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE</b>			
P A R E N T / A D U L T E  R E S P O N S A B L E	218	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE POUR LE TEST D'ANÉMIE :  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.  Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DE LA MINEURE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Autorisez-vous (NOM DE LA MINEURE) à participer au test d'anémie?	
	219	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ.	ACCORDÉ ..... 1 PARENT/ADULTE RESPONSABLE A REFUSÉ . 2 ABSENT/AUTRE ..... 3
	220	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ
	221	VÉRIFIEZ 219 :  CONSENTEMENT ACCORDÉ <input type="checkbox"/> CONSENTEMENT REFUSÉ OU ABSENT/AUTRE <input type="checkbox"/>	→ 225

<b>CONSENTEMENT DE L'ENQUÊTÉE MINEURE POUR LE TEST</b>			
C O N S E N T E M E N T  E N Q U Ê T É E  M I N E U R E	222	DEMANDEZ LE CONSENTEMENT POUR UN TEST D'ANÉMIE À L'ENQUÊTÉE MINEURE :  Dans cette enquête, nous demandons à des gens dans tout le pays de participer au test d'anémie. L'anémie est un problème de santé sérieux qui résulte généralement d'une alimentation pauvre, d'infection ou de maladie chronique. Les résultats de cette enquête permettront d'aider le gouvernement à développer des programmes pour prévenir et traiter l'anémie.  Pour le test d'anémie, nous avons besoin de gouttes de sang d'un doigt. Pour ce test, on utilise un équipement propre et sans risque. Il n'a jamais été utilisé auparavant et sera jeté après chaque test. Le sang sera testé pour l'anémie immédiatement et le résultat vous sera communiqué à vous et à (NOM DU PARENT/ADULTE RESPONSABLE) tout de suite. Les résultats sont strictement confidentiels et ne seront transmis à personne en dehors de l'équipe de l'enquête.  Avez-vous des questions à me poser? Vous pouvez dire oui ou non. C'est votre décision. Voulez-vous participer au test d'anémie?	
	223	ENCERCLEZ LE CODE APPROPRIÉ	ACCORDÉ ..... 1 ENQUÊTÉE MINEURE A REFUSÉ ..... 2 ABSENTE/AUTRE ..... 3
	224	SIGNEZ ET INSCRIVEZ LE NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ MESUREUR DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE.	_____ (SIGNATURE) <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> NUMÉRO DU TECHNICIEN DE SANTÉ

MESURE DU POIDS, DE LA TAILLE ET DU NIVEAU D'HÉMOGLOBINE DES FEMMES DE 15-49 ANS

		FEMME 2	ALLEZ À
225	INSCRIVEZ LE NIVEAU D'HÉMOGLOBINE ICI ET DANS LA BROCHURE SUR L'ANTHROPOMÉTRIE ET L'ANÉMIE.	G/DL ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> ABSENTE .....994 REFUS .....995 AUTRE .....996	} → 228
226	VÉRIFIEZ 225 : RÉSULTAT HÉMOGLOBINE	EN-DESSOUS 8.0 G/DL, ANÉMIE SÉVÈRE ..... 1 8.0 G/DL OU PLUS ..... 2	} → 228
227	Le test pour le diagnostic d'anémie montre que vous avez une anémie sévère. Vous êtes très malade et vous devez vous rendre immédiatement dans un établissement de santé.  ENREGISTREZ LE RÉSULTAT DU TEST D'ANÉMIE SUR LA FICHE DE RÉFÉRENCE POUR L'ANÉMIE SÉVÈRE.		
228	SI IL Y A UNE AUTRE FEMME, ALLEZ À 202 DU QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE; S'IL N'Y A PLUS DE FEMMES, METTEZ FIN À L'INTERVIEW		



SEPTIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU MALI  
EDSM-VII

QUESTIONNAIRE DE L'AGENT DE TERRAIN

LANGUE DU QUESTIONNAIRE **FRANÇAIS**

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
100	Quel est votre nom ? INSCRIVEZ VOTRE NOM ET PRENOM	NOM _____ _____	
101	INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'AGENT DE TERRAIN	NUMÉRO ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<p><b>INSTRUCTIONS</b></p> <p>Dans le cadre de EDSM-VII, nous collectons des informations sur tous les agents de terrain de l'EDSM-VII. Veuillez répondre aux questions ci-dessous. Les informations que vous fournirez feront partie du fichier de données de l'enquête ; cependant, votre nom sera supprimé et ne fera pas partie du fichier de données. Merci de fournir les informations nécessaires.</p>			
102	Dans quelle région vivez-vous ?	KAYES ..... 01 KOULIKORO ..... 02 SIKASSO ..... 03 SÉGOU ..... 04 MOPTI ..... 05 TOMBOUCTOU ..... 06 GAO ..... 07 KIDAL ..... 08 BAMAKO ..... 09 TAOUDENIT ..... 10 MÉNAKA ..... 11 EN DEHORS DU MALI/À L'ÉTRANGER ..... 96	
103	Vivez-vous à Bamako, dans une autre ville ou en zone rurale ?	BAMAKO ..... 1 AUTRE VILLE ..... 2 ZONE RURALE ..... 3	
104	Quel âge avez-vous ? INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES	ÂGE ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	Êtes-vous un homme ou une femme ?	HOMME ..... 1 FEMME ..... 2	
106	Quel est votre état matrimonial actuel ?	ACTUELLEMENT MARIÉ ..... 1 VIT AVEC UN HOMME/UNE FEMME ..... 2 VEUF/VEUVE ..... 3 DIVORCÉ ..... 4 SÉPARÉ ..... 5 JAMAIS MARIÉ OU N'A JAMAIS VÉCU AVEC HOMME/FEMME ..... 6	
107	Combien d'enfants vivants avez-vous ? INCLURE SEULEMENT VOS ENFANTS BIOLOGIQUES.	ENFANTS VIVANTS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
108	Avez-vous eu un enfant qui est décédé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À		
109	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : fondamental 1 (1er cycle), fondamental 2 (2nd cycle), secondaire (lycée, technique, professionnel) ou supérieur ?	FONDAMENTAL 1er Cycle ..... 1 FONDAMENTAL 2nd Cycle ..... 2 SECONDAIRE (Lycée/Technique/Professionnel) 3 SUPÉRIEUR ..... 4			
110	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ?  SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			

FONDAMENTAL 1er Cycle = 1		FONDAMENTAL 2nd Cycle = 2		SECONDAIRE Lycée, Enseignement Technique/Professionnel = 3		SUPÉRIEUR = 4	
MOINS D'1 AN. = 0		MOINS D'1 AN. = 0		MOINS D'1 AN. = 0		MOINS D'1 AN. = 0	
1ère année . = 1		7ème année . = 1		1ère/10ème année . = 1		1ère année . = 1	
2ème année . = 2		8ème année . = 2		2ème/11ème année . = 2		2ème année . = 2	
3ème année . = 3		9ème année . = 3		3ème/12ème année . = 3		3ème année . = 3	
4ème année . = 4				4ème année . = 4		4ème année . = 4	
5ème année . = 5						5ème année+ . = 5	
6ème année . = 6							

110A	Avez-vous déjà reçu une formation clinique, médicale ou de laboratoire ou travaillé dans le secteur de la santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 111
110B	Quelle est votre activité professionnelle ou votre qualification actuelle ?  Par exemple, êtes-vous une infirmière diplômée, un médecin ou un technicien de laboratoire ?	MÉDECIN/DOCTEUR EN MÉDECINE ..... 01 ASSISTANT MÉDICAL ..... 02 CLINICIEN(NE) ..... 03 ASSISTANT CLINICIEN(NE) ..... 04 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME DIPLÔMÉE ..... 05 INFIRMIÈRE LICENCIÉ(E)/BREVÉTÉ(E) ..... 06 AIDE-SOIGNANT(E)/INFIRMIÈRE AUXILIAIRE/ AIDE-INFIRMIER(E) ..... 07 CHERCHEUR EN LABORATOIRE ..... 08 TECHNOLOGISTE BIOMÉDICAL(E) ..... 09 TECHNICIEN(NE) DE LABORATOIRE ..... 10 ASSISTANT(E) DE LABORATOIRE ..... 11  AUCUNE QUALIFICATION TECHNIQUE ..... 95 AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	
111	Quelle est votre religion ?	MUSULMANE ..... 01 CATHOLIQUE ..... 02 PROTESTANT ..... 03 AUTRE RELIGION CHRÉTIENNE ..... 04 ANIMISTE ..... 05 SANS RELIGION ..... 06  AUTRE ..... 96 (PRÉCISEZ)	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
112	Quelle est votre ethnie ?	<p><b>CODE ETHNIE (Pour les MALIENS)</b></p> BAMBARA ..... 01 MALINKE ..... 02 PEULH ..... 03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA ..... 04 KASSONKE ..... 05 SONRAÏ ..... 06 DOGON ..... 07 TOUAREG/BELLA ..... 08 SÉNOUFO/MINIANKA ..... 09 BOBO ..... 10 BOZO ..... 11 ARABE/MAURE ..... 12 AUTRE ETHNIE MALIENNE ..... 16 <hr/> (PRÉCISEZ)	
		<p><b>CODE NATIONALITÉ (Pour les ÉTRANGERS)</b></p> PAYS CEDEAO ..... 21 AUTRES PAYS AFRICAINS ..... 22 AUTRES NATIONALITÉS ..... 23	
113	Quelles langues parlez-vous ?  INSCRIVEZ TOUTES LES LANGUES QUE VOUS PARLEZ.	FRANÇAIS ..... A BAMBARA/MALINKÉ ..... B SONRAÏ/DJERMA ..... C PEUHL/FOULFOULDÉ ..... D SÉNOUFO ..... E MARKA/SONINKÉ ..... F DOGON ..... G MINIANKA ..... H TAMACHECK ..... I BOBO/DAFING ..... J BOZO ..... K  AUTRE ..... X <hr/> (PRÉCISEZ)	
114	Quelle est votre langue maternelle/natale (langue parlée à la maison quand vous étiez jeune) ?	FRANÇAIS ..... 01 BAMBARA/MALINKÉ ..... 02 SONRHAÏ/DJERMA ..... 03 PEUHL/FOULFOULDÉ ..... 04 SÉNOUFO ..... 05 MARKA/SONINKÉ ..... 06 DOGON ..... 07 MINIANKA ..... 08 TAMACHECK ..... 09 BOBO/DAFING ..... 10 BOZO ..... 11  AUTRE ..... 96 <hr/> (PRÉCISEZ)	
115	Avez-vous déjà travaillé sur:		
	a) une Enquête Démographique de Santé (EDS) ?		OUI      NON
	b) une Enquête sur les Indicateurs du Paludisme (EIP)	a) EDS ..... 1	2
	c) une autre enquête avant celle-ci ?	b) EIP ..... 1	2
		c) UNE AUTRE ENQUETE .... 1	2
116	Est-ce que vous travailliez déjà pour l'INSTAT au moment où vous étiez employé pour travailler sur cette EDMS-VII ?	OUI, INSTAT ..... 1 NON ..... 3	→ 118
117	Êtes-vous un employé permanent ou temporaire de l'INSTAT ?	PERMANENT ..... 1 TEMPORAIRE ..... 2	
118	Si vous avez des commentaires, s'il vous plaît, écrivez-les ici.		



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

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