

**ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ (EDSB-V 2017)
QUESTIONNAIRE FEMME**

RÉPUBLIQUE DU BENIN
MINISTÈRE DU PLAN ET DU DÉVELOPPEMENT

INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE
ET DE L'ANALYSE ÉCONOMIQUE (INSAE)

| IDENTIFICATION | | | | |
|--|-----------------|-------------------------|-----------|-----------------------------------|
| DÉPARTEMENT _____ | | | | |
| COMMUNE _____ | | | | |
| URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) | | | | |
| NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ | | | | |
| NUMÉRO DE GRAPPE | | | | |
| NUMÉRO DE MÉNAGE | | | | |
| NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____ | | | | |
| MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME ? (1=OUI, 2=NON) | | | | |
| MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR LA SECTION VIOLENCE DOMESTIQUE ? (1=OUI, 2=NON) | | | | |
| VISITES D'ENQUÊTRICES | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | VISITE FINALE |
| DATE | | | | JOUR |
| | | | | MOIS |
| NOM DE L'ENQUÊTRICE | | | | ANNÉE |
| RÉSULTAT* | | | | No ENQUÊT |
| | | | | RÉSULTAT* |
| PROCHAINE DATE VISITE | | | | NOMBRE TOTAL DE VISITES |
| HEURE | | | | |
| *CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ PRÉCISEZ | | | | |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** | 0 1 | LANGUE DE L'INTERVIEW** | | LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** |
| LANGUE DU QUESTIONNAIRE** | FRANÇAIS | **CODES LANGUES : | | |
| | | 01 FRANÇAIS | 03 Bariba | 05 Dendi |
| | | 02 Adja | 04 Fon | 06 Ditamari |
| | | | | 07 Yoruba |
| | | | | 08 Autre |
| SUPERVISEUR | | ÉDITEUR | | |
| _____ | | _____ | | |
| NOM | NUMÉRO | NOM | NUMÉRO | |

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL de la STATISTIQUE et de L'ANALYSE ECONOMIQUE (INSAE). Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets au Benin. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 60 et 90 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 ?

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

| No | 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 | 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 | → 105 |
| 103 | Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville à statut particulier, une aute ville ou dans une ville secondaire ? | VILLE À STATUT PARTICULIER 1 AUTRE VILLE 2 VILLE SECONDAIRE 3 EN DEHORS DU BÉNIN 4 | |
| 104 | Juste avant d'habiter ici, dans quel département est-ce que vous viviez ? | ALIBORI 01 ATACORA 02 ATLANTIQUE 03 BORGOU 04 COLLINES 05 COUFFO 06 DONGA 07 LITTORAL 08 MONO 09 OUÉMÉ 10 PLATEAU 11 ZOU 12 EN DEHORS DU BENIN 96 | |
| 105 | En quel mois et en quelle année êtes-vous née ? | 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 | |
| 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU106 SI INCOHÉRENT. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|--|---------|
| 106A | VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE <input type="checkbox"/> SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME ↓ | MÉNAGE NON <input type="checkbox"/> SÉLECTIONNÉ POUR ENQUÊTE HOMME | → 107 |
| 106B | VÉRIFIEZ 106: | 15-29 ANS 1 30-49 ANS 2 | → 107 |
| 106C | Au cours de l'interview, je voudrais mesurer votre tension artérielle. Je le ferai trois fois au cours de l'interview. C'est une procédure qui ne comporte aucun danger. On l'effectue pour savoir si une personne a une tension artérielle élevée. Si elle n'est pas traitée, une tension élevée peut endommager sérieusement le cœur. Je vous donnerai les résultats de la mesure de la tension artérielle après l'interview en vous expliquant ce que signifient les chiffres de votre tension artérielle. Si votre tension artérielle est élevée, nous vous conseillerons de consulter dans un établissement de santé ou de voir un médecin car nous ne pouvons pas effectuer d'autre contrôle ou fournir un traitement au cours de l'enquête. Avez-vous des questions à me poser sur les mesures de la tension artérielle ? Vous pouvez dire oui ou non ou vous pouvez aussi décider à n'importe quel moment de ne pas participer à la prise des mesures de la tension artérielle . _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE | OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2 | → 107 |
| 106D | Avant de commencer à mesurer votre tension artérielle, je voudrais vous poser quelques questions sur des choses qui peuvent affecter ces mesures. Avez-vous fait l'une des choses suivantes dans les 30 dernières minutes : | OUI NON a) MANGER 1 2 b) CAFEINE 1 2 c) FUMER 1 2 d) PHYSIQUE 1 2 | |
| 106E | REGARDEZ LE BRAS DE L'ENQUÊTÉE ET PRENEZ LE BRASSARD APPROPRIÉ POUR PRENDRE LA TENSION | | |
| 106F | PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON. | SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996 | |
| 107 | Êtes-vous allée à l'école ? | OUI 1 NON 2 | → 111 |
| 108 | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1 ^{er} CYCLE 2 SECONDAIRE 2 ^{ème} CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4 | |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|--|---------|
| 109 | Quelle est LA CLASSE la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'. | CLASSE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 110 | VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE (1er ou 2eme CYCLE) ↓ SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> | | → 113 |
| 111 | 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 | |
| 112 | VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ | | → 114 |
| 113 | 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 | |
| 114 | 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 | |
| 115 | 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 | |
| 116 | Est-ce que vous possédez un téléphone portable ? | OUI 1 NON 2 | → 118 |
| 117 | Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ? | OUI 1 NON 2 | |
| 118 | Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ? | OUI 1 NON 2 | |
| 119 | Avez-vous déjà utilisé internet ? | OUI 1 NON 2 | → 122 |
| 120 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL. | OUI 1 NON 2 | → 122 |
| 121 | Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? | PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4 | |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 122 | Quelle religion pratiquez-vous ? | VODOUN 1 AUTRES TRADITIONNELLES 2 ISLAM 3 CATHOLIQUE 4 PROTESTANT METHODISTE 5 AUTRES PROTESTANTS 6 CELESTES 7 AUTRES CHRETIENS 8 AUTRES RELIGIONS 9 AUCUNE 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 123 | Quelle est votre ethnie ? | ADJA ET APPARENTÉS 1 BARIBA ET APPARENTÉS 2 DENDI ET APPARENTÉS 3 FON ET APPARENTÉS 4 YOA ET LOKPA ET APPARENTÉS 5 BETAMARIBE ET APPARENTÉS 6 PEULH ET APPARENTÉS 7 YORUBA ET APPARENTÉS 8 AUTRE BÉNINOIS _____ 96 (PRÉCISEZ) AUTRE NATIONALITÉS _____ 97 (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | |
| 123A | VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR ENQUÊTE HOMME ↓ POUR ENQUÊTE HOMME → | | → 124 | | | | | | | | | | | | |
| 123B | VÉRIFIEZ 106 : | 15-29 ANS 1 30-49 ANS 2 | → 124 | | | | | | | | | | | | |
| 123C | Est-ce que je peux mesurer votre pression artérielle maintenant ? _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE DATE | OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2 | → 124 | | | | | | | | | | | | |
| 123D | PRENEZ LA PRESSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA PRESSION DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON. | SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 124 | À combien de kilomètres se trouve le premier centre de santé public ? | KILOMÈTRES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 125 | Combien de temps faut-il pour atteindre le centre de santé public le plus proche? | MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

CODES POUR Qs. 108 ET 109: NIVEAU D'INSTRUCTION / CLASSE

| NIVEAU ATTEINT | 1 = PRIMAIRE | 2 = SECONDAIRE 1 ^{ER} CYCLE | 3 = SECONDAIRE 2 ND CYCLE | 4 = SUPÉRIEUR |
|----------------|--------------------------------|--|--|--|
| | < D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN CI = 0 | < D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 6 ^{ÈME} = 0 | < D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 2 ^{NDE} = 0 | < D'1 ANNÉE A-CHEVÉE EN 1 ^{ÈRE} AN. = 0 |
| CLASSE | CI = 1 | 6 ^{ÈME} = 1 | 2 ^{NDE} = 1 | 1 ^{ÈRE} ANNÉE = 1 |
| ACHEVÉE | CP = 2 | 5 ^{ÈME} = 2 | 1 ^{ÈRE} = 2 | 2 ^{ÈME} ANNÉE = 2 |
| AVEC | CE1 = 3 | 4 ^{ÈME} = 3 | TERMINALE = 3 | 3 ^{ÈME} ANNÉE = 3 |
| SUCCÈS | CE2 = 4 | 3 ^{ÈME} = 4 | | 4 ^{ÈME} AN. OU + = 4 |
| | CM1 = 5 | | | |
| | CM2 = 6 | | | |
| | NSP = 8 | NSP = 8 | NSP = 8 | NSP = 8 |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | |
|-----|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 201 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà donné naissance à des enfants ? | OUI 1 NON 2 | → 206 | | | | | | | | |
| 202 | Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous ? | OUI 1 NON 2 | → 204 | | | | | | | | |
| 203 | a) Combien de fils vivent avec vous ? b) Et combien de filles vivent avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. | a) FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 204 | Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous ? | OUI 1 NON 2 | → 206 | | | | | | | | |
| 205 | a) Combien de fils sont vivants mais qui ne vivent pas avec vous ? b) Et combien de filles sont vivantes mais qui ne vivent pas avec vous ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. | a) FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 206 | Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou à une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite ? SI NON, INSISTEZ : Aucun bébé qui a crié ou fait un mouvement, qui a émis un son ou essayé de respirer ou qui a montré d'autres signes de vie pendant un très court moment ? | OUI 1 NON 2 | → 208 | | | | | | | | |
| 207 | a) Combien de garçons sont décédés ? b) Et combien de filles sont décédés ? SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. | a) GARÇONS DÉCÉDÉS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> b) FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 208 | FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À 203, 205, ET 207, ET INSCRIVEZ LE TOTAL. SI AUCUN, INSCRIVEZ '00'. | TOTAL NAISSANCES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 209 | VÉRIFIEZ 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTEZ ET CORRIGEZ 201-208 COMME IL SE DOIT. | | | | | | | | | | |
| 210 | VÉRIFIEZ 208: UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> OU PLUS ↓ AUCUNE <input type="checkbox"/> | | → 226 | | | | | | | | |

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .

| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 SI EN VIE: | 218 SI EN VIE: | 219 SI EN VIE: | 220 SI DÉCÉDÉ: | 221 |
|---|--|---|---|--|--|--------------------------------------|---|--|--|
| <p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p> | <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p> | <p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p> | <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> | <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> | <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p> | <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p> | <p>INSCRIVEZ LE NO DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p> | <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? 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>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p> |
| 01 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (NAISSANCE SUIVANTE) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 02 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 03 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 04 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | YES 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 05 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |

SECTION 2. REPRODUCTION

211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première.
INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE .

| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 SI EN VIE: | 218 SI EN VIE: | 219 SI EN VIE: | 220 SI DÉCÉDÉ: | 221 |
|---|--|---|---|--|--|--------------------------------------|---|--|--|
| <p>Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p> <p>N0 DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES.</p> | <p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p> | <p>Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ?</p> | <p>Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> | <p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p> | <p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE .</p> | <p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p> | <p>INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p> | <p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? 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>Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ?</p> |
| 06 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 07 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 08 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 09 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 10 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | 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"/> | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|---------|
| 222 | Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? | OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2 | |
| 223 | COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> ↓ NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) ← | | |
| 224 | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 2012-2017 | NOMBRE DE NAISSANCES! <input type="text"/> AUCUNE 0 | → 226 |
| 225 | C POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2012-2017, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, 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.) | | |
| 226 | Êtes-vous actuellement enceinte ? | OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8 | → 230 |
| 227 | Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 228 | Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 | → 230 |
| 229 | VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES 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 | |
| 230 | Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ? | OUI 1 NON 2 | → 239 |
| 231 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|---|---|---|
| 232 (1) | VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE <input type="checkbox"/> TERMINÉE EN 2012- DERNIÈRE GROSSESSE <input type="checkbox"/> TERMINÉE AVANT JANVIER 2012 | | → 234 → 239 |
| LINE NO. | 233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | 234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? | 235 (1) Depuis janvier 2012, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ? |
| 01 | | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236 |
| 02 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236 |
| 03 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 → LIG SUIV. NON 2 → 236 |
| 04 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 NON 2 → 236 |
| 236 | <p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2012-2017 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENCANT À LA SECONDE LIGNE.</p> | | |
| 237 | Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2012 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ? | OUI 1 NON 2 | → 239 |
| 238 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2012 ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | |
|-----|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 239 | Quand vos dernières règles ont-elles commencé ? _____ (DATE, SI DONNÉE) | IL Y A JOURS 1 IL Y A SEMAINES 2 IL Y A MOIS 3 IL Y A ANNÉES 4 EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996 | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table> | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 240 | 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 | → 242 | | | | | | | | |
| 241 | 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 RÉGLES COMMENCENT 1 PENDANT LES RÉGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES 3 AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÉGLES 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | |
| 242 | 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 | | | | | | | | | |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| | | | |
|-----|--|-----------|---|
| 301 | Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ? | | |
| 01 | Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 02 | Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 03 | DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant un ou plusieurs mois. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 04 | Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par un agent de santé ou un relais communautaire pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 05 | Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un agent de santé un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 06 | Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 07 | Condom Masculin. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 08 | Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |
| 09 | Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre dans les trois jours qui suivent des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. | OUI | 1 |
| | | NON | 2 |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| | | |
|----|--|---|
| 10 | <p>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.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| 11 | <p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| 12 | <p>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.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| 13 | <p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| 14 | <p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p> | <p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p> |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|---|----------------------------------|
| 302 | VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓ | ENCEINTE <input type="checkbox"/> | → 312 |
| 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 | → 312 |
| 304 | 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 MASCULIN G CONDOM FÉMININ H PILULE DU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y | → 307 → 309 → 306 → 309 |
| 305 | Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE. | HARMONIE 01 DUOFEM 02 MICROGYNON 03 EUGYNON 04 LO-FEMENAL 05 CONFIANCE 06 MINIDRIL 07 STEDIRIL 08 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98 | → 309 |
| 306 | Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE. | PRUDENCE 01 COOL 02 NO LOGO 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98 | → 309 |

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI) (6)

| | | | | |
|------|--|--|---|---|
| 311 | <p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <p>ANNÉE EST 2012-2017 <input type="checkbox"/></p> <p>C 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>↓</p> | <p>ANNÉE EST 2011 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2012 .</p> <p>ENSUITE</p> <p>(ALLEZ À 324) ←</p> | | |
| 312 | <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>C 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 2012. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p> | | | |
| | | COLONNE 1 | COLONNE 2 | COLONNE 3 |
| 312A | MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION. | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> |
| 312B | Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 312I) ←</p> |
| 312C | Quelle était cette méthode ? | CODE MÉTHODE .. <input type="text"/> | CODE MÉTHODE .. <input type="text"/> | CODE MÉTHODE .. <input type="text"/> |
| 312D | Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> |

| | | COLONNE 1 | COLONNE 2 | COLONNE 3 |
|------|--|--|--|--|
| 312E | INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE |
| 312F | Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> (ALLEZ À 312H) ← DATE DONNÉE 95 |
| 312G | INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE |
| 312H | Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? | RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/> | RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/> | RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/> |
| 312I | | RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313. | RETOURNEZ À 312A À LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313. | RETOURNEZ À 312A DANS LE NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTIONS, ALLEZ À 313. |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|--|--|
| 313 | VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> | | → 315 |
| 314 | Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 326 |
| 315 | VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE. | PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96 | → 326 → 319 → 327 → 323 |
| 316 | Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CLINIQUE MOBILE 13 AGENT DE SANTÉ/ RELAIS COMMUNAUTAIRE 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 SOIN MÉDICAL/CABINET CLINIQUE 23 CLINIQUE MOBILE 24 CENTRE/HÔPITAL CONFSSIONNELLE 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) ONG CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 31 AUTRE SOURCE BOUTIQUE 41 INSTITUTION RELIGIEUSE 42 AMIS/PARENTS 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | |
| 317 | VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLE À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE. | DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96 | → 323 → 322 → 323 |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|---|
| 318 | À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ? | OUI 1 NON 2 | → 321 → 320 |
| 319 | 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 ? | OUI 1 NON 2 | → 321 |
| 320 | Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé des effets secondaires ou des problèmes que vous pourriez avoir à cause de l'utilisation de la méthode ? | OUI 1 NON 2 | → 322 |
| 321 | Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous aviez ces effets secondaires ou ces problèmes ? | OUI 1 NON 2 | |
| 322 | VÉRIFIEZ 318 ET 319: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> UN <input type="checkbox"/> OUI! ↓ </div> <div style="border-left: 1px dashed black; width: 1px; height: 100%;"></div> <div style="text-align: center;"> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ </div> </div> <p>a) À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p> <p>b) Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE 315) de (ENDROIT DE 307 OU 316), vous a-t-on parlé d'autres méthodes de PF que vous pouviez utiliser ?</p> | OUI 1 NON 2 | → 324 |
| 323 | Est-ce qu'un agent de santé ou de planification familiale vous a parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pouviez utiliser ? | OUI 1 NON 2 | |
| 324 | VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE. | STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHME 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE 96 | → 327 → 327 → 327 |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|--|--------------|
| 325 | <p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE MOBILE 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ RELAIS COMMUNAUTAIRE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>SOIN MÉDICAL/CABINET CLINIQUE 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESIONNELLE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>ONG</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 31</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>→ 327</p> |
| 326 | <p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 327 | <p>Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un relais communautaire ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 329</p> |
| 328 | <p>Est-ce que le relais communautaire vous a parlé de planification familiale ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 329 | <p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT</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> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | <p>→ 401</p> |
| 330 | <p>Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| | | | |
|-----|--|--|---|
| 401 | VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012-2017 <input type="checkbox"/> ↓ AUCUNE NAISSANCE EN 2012-2017 <input type="checkbox"/> → 648 | | |
| 402 | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2012-2017. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). | | |
| 403 | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 404 | À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216: | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ |
| 405 | Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 408) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← |
| 406 | VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? ↓ PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? | PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 408) ← | PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ← |
| 407 | Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ? | MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 | MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 |
| 408 | Avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ← | |
| 409 | Qui avez-vous consulté ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE D MATRONE E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|---------------------------------------|-----|-----|----------------------------------|---|---|-------------------------------------|---|---|----------------------------------|---|---|--------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|-----------------------------------|---|---|--------------------------------------|---|---|--|---|---|--|
| 410 | <p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT . . . D</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE E</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE F</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ G</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ H</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE . . . I</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ J</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 411 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ? | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 412 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ? | <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 413 | Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois : | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) Vous a-t-on pris le poids ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>e) Vous a-t-on mesuré la taille ?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>g) Vous a-t-on fait une échographie?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels?</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) Vous a-t-on pris la tension ? | 1 | 2 | b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ? | 1 | 2 | c) Vous a-t-on prélevé du sang ? | 1 | 2 | d) Vous a-t-on pris le poids ? | 1 | 2 | e) Vous a-t-on mesuré la taille ? | 1 | 2 | f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen? | 1 | 2 | g) Vous a-t-on fait une échographie? | 1 | 2 | h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels? | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Vous a-t-on pris la tension ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Vous a-t-on prélevé du sang ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Vous a-t-on pris le poids ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Vous a-t-on mesuré la taille ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) Vous a-t-on palpé à l'abdomen? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) Vous a-t-on fait une échographie? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) Vous a-t-on donné des conseils nutritionnels? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 414 | Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 415 | Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ? | <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|---|---|---------------------------------------|
| 416 | VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES | 2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 420) ← | |
| 417 | À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8 | |
| 418 | Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'. | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | |
| 419 | VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT 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"/> | |
| 420 | Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP. | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8 | |
| 421 | Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 | |
| 422 | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 423 | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8 | |
| 423A | Quels médicaments avez-vous pris ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS DÉTERMINÉ, MONTREZ DES ANTIPALUDÉENS COURANTS À L'ENQUÊTÉE. | SP/FANSIDAR A CHLOROQUINE B AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z | |
| 423B | VÉRIFIEZ 423A : SP/FANSIDAR PRIS À TITRE PRÉVENTIF CONTRE LE PALUDISME. | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 426) ← | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |
|------|--|--|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 424 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ? | NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 424B | Combien de fois avez-vous pris la SP/FANSIDAR sous direct observation d'un agent de santé? | NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ... 0 | |
| 425 | Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite médicale 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 MÉDICALE 2 AILLEURS 6 | |
| 425A | VÉRIFIEZ 425 : VISITE PRÉNATALE | CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE '1' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 426) ← | |
| 425B | Avez vous une carte prénatale pour le temps que vous étiez enceinte de (NOM) ? | OUI, CARTE VUE 1 OUI, CARTE PAS VUE 2 (ALLEZ À 426) ← PAS DE CARTE 8 | |
| 425C | VÉRIFIER LA CARTE PRÉNATALE ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE FOIS LA SP/FANSIDAR EST DONNÉE | NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE ... 0 | |
| 426 | Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ? | TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8 | TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8 |
| 427 | (NOM) a t-il /elle été pesé à la naissance ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 429) ← NE SAIT PAS 8 |
| 428 | Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE. | KG DU CARNET 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998 | 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 |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 429 | <p>Qui vous a assisté durant l'accouchement de (NOM) ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>INSISTEZ POUR LE/LES TYPES DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE DÉCLARE QUE PERSONNE N'A ASSISTÉ L'ACCOUCHEMENT, INSISTEZ POUR DÉTERMINER SI DES ADULTES ÉTAIENT PRÉSENTS À L'ACCOUCHEMENT.</p> | <p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C</p> <p>AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE D MATRONE E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F PARENT/AMI G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p> | <p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE B SAGE-FEMME C</p> <p>AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE D MATRONE E ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE F PARENT/AMI G AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) PERSONNE Y</p> | | | | | | | | | | | | |
| 430 | <p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 MATERNITÉ ISOLÉE .. 23 UNITÉ VILLAGEOISE .. 24 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONNELLE .. 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ← AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 MATERNITÉ ISOLÉE .. 23 UNITÉ VILLAGEOISE .. 24 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONNELLE .. 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p> | | | | | | | | | | | | |
| 431 | <p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>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></p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 432 | <p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 434) ←</p> | <p>OUI 1 NON 2 (PASSEZ À 434) ←</p> | | | | | | | | | | | | |
| 433 | <p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p> | <p>AVANT 1 APRÈS 2</p> | <p>AVANT 1 APRÈS 2</p> | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |
|------|--|--|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 433A | Est-ce que vous avez payé pour accoucher par césarienne ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 434 | Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 434B) ← | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 459) ← |
| 434A | Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 434B | VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT | CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 449) ← | |
| 435 | 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 pendant que vous étiez dans l'établissement ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ← | |
| 436 | 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 | |
| 437 | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13 AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE 21 MATRONE 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23 AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE 24 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | |
| 437A | Est-ce qu'une femme paie pour avoir une césarienne au Bénin ? | OUI, PAIE 1 NON, NE PAIE PAS 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 438 | Je voudrais maintenant vous parler d'exams de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 441) ← | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | |
|-----|---|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 439 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS. | HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 440 | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13 AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE 21 MATRONE 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | |
| 441 | Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ← | | | | | | | | | | | | | |
| 442 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ? 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 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 443 | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13 AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE 21 MATRONE 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23 AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE 24 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|-----|--|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 444 | <p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE .. 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |
| 445 | <p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | |
| 446 | <p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | <table border="1" data-bbox="911 1272 1050 1435"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 447 | <p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p> | <p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AIDE SOIGNANTE 21</p> <p>MATRONE 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ... 24</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|-----|--|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 448 | <p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 22</p> <p>MATERNITÉ ISOLÉE ... 23</p> <p>UNITÉ VILLAGEOISE ... 24</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE ... 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ) (ALLEZ À 457) ←</p> | | | | | | | |
| 449 | <p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p> | | | | | | | |
| 450 | <p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | <table border="1" data-bbox="911 1272 1050 1435"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 451 | <p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p> | <p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE 12</p> <p>SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>AIDE SOIGNANTE 21</p> <p>MATRONE 22</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23</p> <p>AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ... 24</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|-----|---|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 452 | <p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 MATERNITÉ ISOLÉE ... 23 UNITÉ VILLAGEOISE ... 24 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE .. 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |
| 453 | <p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> | | | | | | | |
| 454 | <p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier 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 APRÈS NAISSANCE .. 1 <table border="1" data-bbox="911 1301 1050 1352"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2 <table border="1" data-bbox="911 1352 1050 1404"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3 <table border="1" data-bbox="911 1404 1050 1456"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998</p> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 455 | <p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p> | <p>PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE 12 SAGE-FEMME 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL AIDE SOIGNANTE 21 MATRONE 22 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 23 AGENT DE SANTÉ/RELAIS COMMUNAUTAIRE ... 24</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|--|---|-----|-----|-----|-----------------|---|---|---|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|--|
| 456 | <p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 MATERNITÉ ISOLÉE ... 23 UNITÉ VILLAGEOISE ... 24 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 CENTRE/HÔPITAL CONFESSIONELLE .. 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 457 | <p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p> | <table> <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) SIGNES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT ..</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) SIGNES | 1 | 2 | 8 | d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) CORDON | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) TEMP | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) SIGNES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 458 | Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ? | <p>OUI 1 (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 461) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 459 | Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ? | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 463) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 460 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ? | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 461 | VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ? | <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 463) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |
|-----|---|--|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 462 | Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 464) ← | |
| 463 | Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 |
| 464 | Avez-vous allaité (NOM) ? | OUI 1 (ALLEZ À 466) ← NON 2 | OUI 1 NON 2 |
| 465 | VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ? | VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 470) ← (ALLEZ À 471) ← | |
| 466 | Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, EN JOURS. | IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 467 | Dans les trois premiers jours après la naissance, est-ce que (NOM) a reçu autre chose à boire que le lait maternel ? | OUI 1 NON 2 | |
| 468 | VÉRIFIEZ 404: L'ENFANT EST-IL VIVANT ? | VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ← | VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 471) ← |
| 469 | Allaitez-vous encore (NOM) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 470 | (NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 471 | | RETOURNEZ À 405 À LA COLONNE SUIVANTE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A. | RETOURNEZ À 405 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE ; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 501A. |

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|---|---|------------------|
| 501A | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2014-2017? UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2014-2017 ↓ | AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2014-2017 | → 601 |
| 502A | INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2014-2017. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 503A | VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> | → 501B |
| 504A | Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT... 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4 | → 507A → 507A |
| 505A | Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 506A | VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | → 511A |
| 507A | Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4 | → 511A |

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|---|---------|
| | NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 511A | (NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 525A |
| 512A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 514A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 517A |
| 515A | Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ? | DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2 | |
| 516A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 517A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection faite au bras gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 519A |
| 518A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------|---|---|---------|
| | NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 519A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche pour éviter la pneumonie ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 523A |
| 520A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 523A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 524A | 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 | |
| 524Aa | Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) nationale de vaccination ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 525A) NE SAIT PAS 8 | ← |
| 524Ab | Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ? [| AVRIL 2017 1 OCTOBRE 2017 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | |
| 525A | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : | OUI NON NSP | |
| | a) Un mélange en poudre de micronutriments (MNP) ? | a) POUDRE 1 2 8 | |
| | b) Le Plumpy'Nuts ? | b) PLUMPY NUTS 1 2 8 | |
| | c) Le Plumpy'Doz ? | c) PLUMPY DOZ 1 2 8 | |
| 526A | CONTINUEZ AVEC 501B. | | |

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|---|---|------------------|
| 501B | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017? D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017 <input type="checkbox"/> | PLUS DE NAISSANCE EN 2014-2017 <input type="checkbox"/> | → 601 |
| 502B | INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2014-2017. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 503B | VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> | DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> | → 526B |
| 504B | Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT .. 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT... 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4 | → 507B → 507B |
| 505B | Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 506B | VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE '4' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | → 511B |
| 507B | Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4 | → 511B |

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|---|---------|
| | NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 511B | (NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 525B |
| 512B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans l'avant bras gauche qui laisse habituellement une cicatrice ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 514B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 517B |
| 515B | Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ? | DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2 | |
| 516B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 517B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection faite au bras gauche, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 519B |
| 518B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |

SECTION 5B. VACCINATION DES ENFANTS (AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|---|---------|-----|-----|-----|-----------|---|---|---|---------------|---|---|---|---------------|---|---|---|--|
| | NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 519B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse gauche pour éviter la pneumonie ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 523B | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 520B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 523B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 524B | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 524Ba | Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations au cours des douze derniers mois lors d'une campagne (journée) nationale de vaccination ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 527B) NE SAIT PAS 8 | ← | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 524Bb | Au cours de quelle campagne nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations ? | AVRIL 2017 1 OCTOBRE 2017 2 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 525B | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : a) Un mélange en poudre de micronutriments (MNP) ? b) Le Plumpy'Nuts ? c) Le Plumpy'Doz ? | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POUDRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) PLUMPY NUT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLUMPY DOZ</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | a) POUDRE | 1 | 2 | 8 | b) PLUMPY NUT | 1 | 2 | 8 | c) PLUMPY DOZ | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) POUDRE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) PLUMPY NUT | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) PLUMPY DOZ | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 526B | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017? AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017 <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE) ← | PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2014-2017 <input type="checkbox"/> | → 601 | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| | | | |
|-----|---|--|--|
| 601 | VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2012-2017 <input type="checkbox"/> | AUCUNE NAISSANCE EN 2012-2017 <input type="checkbox"/> | 648 |
| 602 | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2012-2017. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DÉS QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). | | |
| 603 | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES | DERNIÈRES NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> |
| 604 | DE 212 ET 216: | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← |
| 605 | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS CAPSULES. | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 606 | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU SIROP. | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 607 | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux comme l'albendazole | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 608 | (NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ← | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ← |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |
|-----|--|--|---|
| | | NOM _____ | NOM _____ |
| 609 | <p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT</p> <p>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) 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) 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 QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> |
| 610 | <p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 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> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOU... 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> <p>(ALLEZ À 615) ←</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p> |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|--|--|--|
| 612 | <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>CLINIQUE PF C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. . . . E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I</p> <p>HÔPITAL CONFES-SIONNEL J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ K</p> <p>PHARMACIE L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE P</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVT. A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUVT. B</p> <p>CLINIQUE PF C</p> <p>AGENT DE TERRAIN D</p> <p>CENTRE SOCIAL.. . . . E</p> <p>AGENT DE SANTE STRAT AV F</p> <p>AGENT DE SANTE/ RELAI COMM G</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ H</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ I</p> <p>HÔPITAL CONFES-SIONNEL J</p> <p>CABINET MEDCAL PRIVÉ K</p> <p>PHARMACIE L</p> <p>ABPF M</p> <p>AGENT SANTÉ (ONG) N</p> <p>AUTRE SECTEUR MED. PRIVÉ _____ O</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE P</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL Q</p> <p>MARCHÉ R</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS S</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |
| 613 | VÉRIFIEZ 612: | <p>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p> | <p>DEUX CODES OU PLUS ENCERCLÉS <input type="checkbox"/></p> <p>SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>(ALLEZ À 615) ←</p> |
| 614 | <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.</p> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|-----|--------------------------|----------------------|-----------------|-----|-------------|-----|---|-------------|---|
| | | NOM _____ | | | NOM _____ | | | | | | | | |
| 615 | <p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé ORASEL ?</p> <p>b) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> <p>c) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p> | | OUI | NON | NSP | | OUI | NON | NSP | | | | |
| | | a) ORASEL .. | 1 | 2 | 8 | a) ORASEL .. | 1 | 2 | 8 | | | | |
| | | b) LIQUIDE MAISON .. | 1 | 2 | 8 | b) LIQUIDE MAISON .. | 1 | 2 | 8 | | | | |
| | | c) ZINC | 1 | 2 | 8 | c) ZINC | 1 | 2 | 8 | | | | |
| 616 | <p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p> | | OUI | NON | NE SAIT PAS | | OUI | NON | NE SAIT PAS | | | | |
| | | | 1 | 2 | 8 | | 1 | 2 | 8 | | | | |
| | | | (ALLEZ À 618) ← | | | | (ALLEZ À 618) ← | | | | | | |
| 617 | <p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES TRAITEMENTS DONNÉS.</p> <p>TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/> ↓</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> | <p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> | <p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | |
| 618 | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ? | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 |
| | | | (ALLEZ À 620) ← | | | | (ALLEZ À 620) ← | | | | | | |
| 619 | À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ? | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 |
| 620 | Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ? | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 |
| 621 | Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ? | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 | OUI | 1 | NON | 2 | NE SAIT PAS | 8 |
| | | | (ALLEZ À 623) ← | | | | (ALLEZ À 623) ← | | | | | | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|-----|---|---|---|
| 622 | Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ? | BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ← | BRANCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ← |
| 623 | VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ? | OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← | OUI NON OU NSP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← |
| 624 | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À TO 629) ← |
| 625 | Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUV.T. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L AUTRE SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUV.T. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ (PRÉCISEZ) F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ (PRÉCISEZ) L OTHER SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ) |
| 626 | VÉRIFIEZ 625: | DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ← | DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCECLÉ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 628) ← |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------|---|--|--|
| 627 | Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 625. | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> |
| 628 | Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'. | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 629 | Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8 |
| 630 | Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N PARACETEMOL O AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z | ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA .. A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ I (PRÉCISEZ) ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROP J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N PARACETEMOL O AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z |
| 631 | VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ← | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ← |
| 631A | Combien avez-vous payé en tout pour les médicaments et consultations pour traiter la fièvre de (NOM) ? ENREGISTRER LE COÛT EN FCFA. SI PLUS DE 99 000FCFA, ENREGISTRER 99 000FCFA. | COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998 | COÛT <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT 99995 NE SAIT PAS 99998 |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|-----|---|---|---|---|---|
| | | NOM _____ | | NOM _____ | |
| 632 | VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ← | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 634) ← |
| 633 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 634 | VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE | CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ← | CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 636) ← |
| 635 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 636 | VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE | CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ← | CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 638) ← |
| 637 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 638 | VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE | CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ← | CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 640) ← |
| 639 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|------|---|---|---|---|---|
| | | NOM _____ | | NOM _____ | |
| 640 | VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE | CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642) | CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642) |
| 641 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 642 | VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ | CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644) | CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644) |
| 643 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 644 | VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ | CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646) | CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646) |
| 645 | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 645A | Est-ce que la prise en charge du paludisme pour les enfants âgés de moins de 5 ans est payable au Bénin ? | OUI, DOIT PAYER 1 NON, NE DOIT PAS PAYER 2 NE SAIT PAS 8 | OUI, DOIVENT PAYER 1 NON, NE DOIVENT PAS PAYER 2 NE SAIT PAS 8 | OUI, DOIT PAYER 1 NON, NE DOIT PAS PAYER 2 NE SAIT PAS 8 | OUI, DOIVENT PAYER 1 NON, NE DOIVENT PAS PAYER 2 NE SAIT PAS 8 |
| 646 | | RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647. | RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647. | | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|---|-----------------------------|
| 647 | <p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES COLONNES :</p> <p align="center"> AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO (ORASEL) <input type="checkbox"/> </p> | <p align="center"> UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO (ORASEL) <input type="checkbox"/> </p> | <p align="center">→ 649</p> |
| 648 | <p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé ORASEL que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 649 | <p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2015-2017 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p align="center"> UN OU PLUS <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE) ↓ </p> | <p align="center"> AUCUN <input type="checkbox"/> </p> | <p align="center">→ 701</p> |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | | ALLEZ À | |
|-----|--|--|-----|-----|---------|--|
| 650 | <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures.</p> <p>a) De l'eau ?</p> <p>b) Des jus ou des boissons à base de jus ?</p> <p>c) Du bouillon ?</p> <p>d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>f) D'autres liquides ?</p> <p>g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.</p> <p>h) Une préparation d'aliments enrichis pour bébé comme cerelac, pépité d'or, ou céréso ?</p> <p>i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine (quaker) ou autres préparations à base de céréales ?</p> <p>j) Des citrouilles (goussi), carottes, courges ou courgettes qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ?</p> <p>k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, ou préparations à base de tubercules ?</p> <p>l) Des légumes à feuilles vert foncé comme l'épinard ?</p> | | OUI | NON | NSP | |
| | | a) | 1 | 2 | 8 | |
| | | b) | 1 | 2 | 8 | |
| | | c) | 1 | 2 | 8 | |
| | | d) | 1 | 2 | 8 | |
| | | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/> | | | | |
| | | e) | 1 | 2 | 8 | |
| | | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/> | | | | |
| | | f) | 1 | 2 | 8 | |
| | | g) | 1 | 2 | 8 | |
| | | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/> | | | | |
| | | h) | 1 | 2 | 8 | |
| | | i) | 1 | 2 | 8 | |
| | | j) | 1 | 2 | 8 | |
| | | k) | 1 | 2 | 8 | |
| | | l) | 1 | 2 | 8 | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|---|---------|
| | m) Des mangues, papayes mûres ou goyave ? | m) 1 2 8 | |
| | n) D'autres fruits ou légumes comme banane, pomme sauvage, compote de pomme, haricots verts, avocat, tomate ? | n) 1 2 8 | |
| | o) Du foie, rognons, coeur ou autres abats ? | o) 1 2 8 | |
| | p) De la viande, de boeuf, de porc, d'agneau, de chèvre, du poulet ou du canard ? | p) 1 2 8 | |
| | q) Des oeufs ? | q) 1 2 8 | |
| | r) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ? | r) 1 2 8 | |
| | s) N'importe quelle préparation à base de haricots, pois, lentilles ou noix ? | s) 1 2 8 | |
| | t) Du fromage ou d'autres produits laitiers ? | t) 1 2 8 | |
| | u) N'importe quelle préparation à base d'aliments solides, semi solides, ou mous ? | u) 1 2 8 | |
| | v) Préparation à base d'huile de palme rouge, de noix de palme ou de sauce de pulpe de noix ? | v) 1 2 8 | |
| | w) Des patates douces qui sont jaunes a l'intérieur ? | w) 1 2 8 | |
| 651 | VÉRIFIEZ 650 (CATÉGORIES 'g' À 'w'): PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> | | → 653 |
| 652 | Est-ce que hier durant le jour ou la nuit (NOM DE 649) a mangé des aliments solides, semi solides ou mous ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solide, semi solide ou mou (NOM) a-t-il/elle mangé ? | OUI 1 (RETOURNEZ À 650 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS) (PUIS CONTINUEZ AVEC 653) NON 2 | → 654 |
| 653 | Combien de fois (NOM DE 649) a-t-il/elle mangé des aliments solides, semi solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | |
| 654 | La dernière fois que (NOM DE 649) est allé aux toilettes, qu'avez-vous fait des excréments ? | ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRIN 01 A JETÉ/RINCÉ DANS TOILETTES OU LATRINES 02 A JETÉ/RINCÉ DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 A JETÉ AUX ORDURES 04 A ENTERRÉ 05 A LAISSÉ À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) | |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | 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 | → 704 |
| 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 | → 712 |
| 703 | Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ? | VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3 | → 709 |
| 704 | Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ? | VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2 | |
| 705 | ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'. | NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 706 | 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 | → 709 |
| 707 | 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 | |
| 708 | Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ? | RANG <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 709 | 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 | |
| 710 | VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? | 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 | → 712 |
| 711 | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ? | ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|--------------------|
| 712 | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ. | | |
| 713 | 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 ? | N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | → 731 |
| 714 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES. | IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | → 716 → 727 |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| | | DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL |
|-----|--|---|---|---|
| 715 | Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ? | | IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINE 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 716 | La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom a-t-il été utilisé ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 718) ← |
| 717 | Un condom a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers mois ? | OUI 1 NON 2 | OUI 1 NON 2 | OUI 1 NON 2 |
| 718 | Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ? SI OUI, ENCERCLEZ '2' SI NON, ENCERCLEZ '3' | MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | MARI 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2 PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 CLIENT/PROSTITUÉE .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) |
| 719 | Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ? | IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A JOURS . 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | IL Y A JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| | | DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL | AVANT-AVANT-DERNIER PARTENAIRE SEXUEL |
|-----|--|---|---|---|
| 720 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 721 | Quel âge a cette personne ? | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | ÂGE DU PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 |
| 722 | À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ? | OUI 1 (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 724) | OUI 1 (RETOURNEZ À 715 À COL. SUIVANTE) NON 2 (ALLEZ À 724) | |
| 723 | En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE PERSONNES EST 95 OU PLUS, | | | NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LES 12 DERNIERS MOIS .. <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|--|----------------|
| 724 | VÉRIFIEZ 106: ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> | ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/> | → 727 |
| 725 | VÉRIFIEZ 701: PAS EN UNION <input type="checkbox"/> | ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | → 727 |
| 726 | Au cours des 12 derniers mois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un ou une relation sexuelle suivie avec quelqu'un parce qu'il vous a donné ou vous a dit qu'il vous donnerait des cadeaux, de l'argent, ou autre chose ? | OUI 1 NON 2 | |
| 727 | 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 EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'. | NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LA VIE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 728 | VÉRIFIEZ 716, PARTENAIRE LE PLUS RÉCENT (PREMIÈRE COLONNE): OUI, <input type="checkbox"/> CONDOM A ÉTÉ UTILISÉ ↓ | NON, <input type="checkbox"/> CONDOM N'A PAS ÉTÉ UTILISÉ QUESTION NON POSÉE <input type="checkbox"/> | → 731 → 731 |
| 729 | Vous avez dit que la dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, un condom avait été utilisé. Quelle était la marque du condom utilisée cette fois là ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR L'EMBALLAGE. | PRUDENCE 01 COOL 02 NO LOGO 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98 | |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|---|--|---------|-----|-----|-------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|--|
| 730 | <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 OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE MOBILE 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ/ RELAIS COMMUNAUTAIRE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>SOIN MÉDICAL/CABINET CLINIQUE 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>CENTRE/HÔPITAL CONFESIONELLE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>ONG</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 31</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 731 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | ENFANTS <10 | 1 | 2 | HOMMES ADULTES | 1 | 2 | FEMMES ADULTES | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | |
| ENFANTS <10 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| HOMMES ADULTES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| FEMMES ADULTES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|-------------------------|
| 801 | VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓ | IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ | → 813 |
| 802 | VÉRIFIEZ 226: ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ | PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE | → 804 |
| 803 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Après l'enfant que vous attendez maintenant, souhaiteriez-vous un autre enfant ou préféreriez-vous ne plus en avoir ? | AVOIR UN AUTRE ENFANT' 1 N'EN VEUT PAS D'AUTRE 2 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8 | → 805 → 812 |
| 804 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'enfant ? | AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT 1 PAS D'AUTRE/AUCUN 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN[... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS 8 | → 807 → 813 → 811 |
| 805 | VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓ a) Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance (d'un/un autre) enfant ? b) Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant ? | ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ MOIS 1 ANNÉES 2 BIENTÔT/MAINTENAN' 993 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEIN[... 994 APRÈS LE MARIAGI 995 AUTRE 996 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 998 | → 811 → 813 → 811 |
| 806 | VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓ | ENCEINTE <input type="checkbox"/> | → 812 |
| 807 | VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE? N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT ↓ | UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT | → 813 |
| 808 | VÉRIFIEZ 805: '24' MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> OU '02' ANNÉES OU PLUS ↓ PAS POSÉE <input type="checkbox"/> ↓ '00-23' MOIS <input type="checkbox"/> OU '00-01' ANNÉE | | → 812 |
| 809 | VÉRIFIEZ 714: IL Y A DES JOURS, SEMAINES OU MOIS ↓ | IL Y A DES ANNÉES <input type="checkbox"/> PAS POSÉE <input type="checkbox"/> | → 811 → 811 |

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|--|---------|
| 810 | <p>VÉRIFIEZ 804:</p> <p>VEUT AVOIR UN/ <input type="checkbox"/> UN AUTRE ENFANT ↓</p> <p>PAS D'AUTRE/ <input type="checkbox"/> AUCUN ↓</p> <p>a) Vous avez dit que dans l'immédiat, vous ne souhaitez pas (un/un autre) enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>b) Vous avez dit que vous ne souhaitez pas (plus) d'enfant. Pouvez-vous me dire pourquoi vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>Y-a-t-il une autre raison ?</p> <p>REGISTREZ TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES</p> | <p>PAS MARIÉE A</p> <p>RAISONS RELATIVES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS C</p> <p>MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE D</p> <p>NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE E</p> <p>PAS DE RÈGLES DEPUIS DERNIÈRE NAISSANCE F</p> <p>ALLAITE G</p> <p>FATALISTE H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ J</p> <p>AUTRES OPPOSÉS K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE M</p> <p>NE CONNAÎT AUCUN ENDROIT N</p> <p>RAISONS LIÉES À LA MÉTHODE</p> <p>EFFETS SECONDAIRES/ PROBLÈMES DE SANTÉ O</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP ÉLOIGNÉ P</p> <p>TROP CHER Q</p> <p>MÉTHODE PRÉFÉRÉE</p> <p>NON DISPONIBLE R</p> <p>AUCUNE MÉTHODE DISPONIBLE S</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER T</p> <p>INTERFÈRE AVEC LES FONCTIONS NORMALES DU CORPS U</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS Z</p> | |
| 811 | <p>VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ?</p> <p>PAS <input type="checkbox"/> POSÉE ↓</p> <p>NON, N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT ↓</p> <p>OUI, <input type="checkbox"/> UTILISE ACTUELLEMENT</p> | | → 813 |
| 812 | <p>Pensez-vous que vous utiliserez, à un certain moment dans le futur, une méthode contraceptive pour retarder ou éviter une grossesse ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 813 | <p>VÉRIFIEZ 216:</p> <p>A DES ENFANTS <input type="checkbox"/> VIVANTS ↓</p> <p>AUCUN ENFANT <input type="checkbox"/> VIVANT ↓</p> <p>a) Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfant et que vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ?</p> <p>b) Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien en voudriez-vous ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE</p> | <p>AUCUN 00 → 815</p> <p>NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE 96 → 815 (PRÉCISEZ)</p> | |

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|----------------------|----------------------|----------------------|--|---|-------------|--|----------------------|----------------------|--|----------------------|----------------------|--|---|---|--|---|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|--|
| 814 | Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance ? | <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td align="center">GARÇONS</td> <td></td> <td align="center">FILLES</td> <td></td> <td align="center">PEU IMPORTE</td> </tr> <tr> <td>NOMBRE ..</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> | | GARÇONS | | FILLES | | PEU IMPORTE | NOMBRE .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | GARÇONS | | FILLES | | PEU IMPORTE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE .. | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 815 | Au cours des derniers mois, avez-vous : | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">OUI</th> <th align="center">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>f) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>g) Vu quelque chose sur la planification familiale dans une séance d'animation culturelle/éducative ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>h) Entendu parler de la planification familiale dans les lieux de culte (église/mosquée)?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>i) Entendu parler de la planification familiale à l'école?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? | 1 | 2 | b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? | 1 | 2 | c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ? | 1 | 2 | e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ? | 1 | 2 | f) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | g) Vu quelque chose sur la planification familiale dans une séance d'animation culturelle/éducative ? | 1 | 2 | h) Entendu parler de la planification familiale dans les lieux de culte (église/mosquée)? | 1 | 2 | i) Entendu parler de la planification familiale à l'école? | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) Vu quelque chose sur la planification familiale dans une séance d'animation culturelle/éducative ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) Entendu parler de la planification familiale dans les lieux de culte (église/mosquée)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) Entendu parler de la planification familiale à l'école? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 816 | A votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th align="center">ADMIS-SIBLE</th> <th align="center">INAD-MISSI-BLE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) À la radio ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>b) À la télévision ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>c) Dans un journal ou magazine ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>d) Sur votre portable ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>e) Sur une affiche ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>f) Dans un prospectus/brochure ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>g) A une séance d'animation culturelle/éducative ?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>h) Dans les lieux de culte (église/mosquée)?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> <tr> <td>i) A l'école?</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> </tr> </tbody> </table> | | ADMIS-SIBLE | INAD-MISSI-BLE | a) À la radio ? | 1 | 2 | b) À la télévision ? | 1 | 2 | c) Dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | d) Sur votre portable ? | 1 | 2 | e) Sur une affiche ? | 1 | 2 | f) Dans un prospectus/brochure ? | 1 | 2 | g) A une séance d'animation culturelle/éducative ? | 1 | 2 | h) Dans les lieux de culte (église/mosquée)? | 1 | 2 | i) A l'école? | 1 | 2 | |
| | ADMIS-SIBLE | INAD-MISSI-BLE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) À la radio ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) À la télévision ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Dans un journal ou magazine ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Sur votre portable ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Sur une affiche ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) Dans un prospectus/brochure ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g) A une séance d'animation culturelle/éducative ? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h) Dans les lieux de culte (église/mosquée)? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i) A l'école? | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 817 | VÉRIFIEZ 701: | <p align="center"> OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION </p> | → 901 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 818 | VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? | <p align="center"> UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS POSÉE <input type="checkbox"/> </p> | → 820 → 822 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|---|---------|
| 819 | Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ? | DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) | → 821 |
| 820 | Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ? | DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) | |
| 821 | VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ↓ | IL OU ELLE <input type="checkbox"/> _____ | → 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

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|--|---------|
| 901 | VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | 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"/> | |
| 903 | Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ? | OUI 1 NON 2 | → 906 |
| 904 | Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1er cycle, secondaire 2nd cycle ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 1ER CYCLE 2 SECONDAIRE 2ND CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4 NE SAIT PAS 8 | → 906 |
| 905 | Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'. | [CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 906 | Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 7 derniers jours ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 908 |
| 907 | Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 909 |
| 908 | Quelle est l'occupation de votre (mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? | _____ _____ _____ <input type="text"/> | |
| 909 | En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept 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. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ? | OUI 1 NON 2 | → 913 |
| 911 | Bien que vous n'avez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ? | OUI 1 NON 2 | → 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"/> | |

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

| No | 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 <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ↓ PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 925 | | |
| 918 | VÉRIFIEZ 916: CODE '1' OU '2' 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 | Diriez-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 PRÈS LA MÊME CHOS 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8 | → 922 |
| 921 | Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ? | ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) | |
| 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

| No | 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 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4 | → 928 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 926 | Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 928 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 927 | Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ? | 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 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4 | → 931 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 929 | Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 931 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 930 | Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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). | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="3">PRES./ N'ÉCOUTE PAS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>ÉCOUTE.</th> <th>PAS.</th> <th>PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | 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 | |
| | 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 : | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | a) Si elle sort sans le lui dire ? | 1 | 2 | 8 | b) Si elle néglige les enfants ? | 1 | 2 | 8 | c) Si elle argumente avec lui ? | 1 | 2 | 8 | d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? | 1 | 2 | 8 | e) Si elle brûle la nourriture ? | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Si elle sort sans le lui dire ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Si elle néglige les enfants ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Si elle argumente avec lui ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Si elle brûle la nourriture ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---------|--------------------|---------------------------|---------------------|---|---|---------------------------|---|---|-------------------|---|---|----------------------|---|---|--|
| 1101 | <p>Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ?</p> <p>SI OUI: Combien d'injections avez-vous eues ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> | <p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p> | → 1104 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1102 | <p>Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre professionnel de santé ?</p> <p>SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> | <p>NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUCUNE 00</p> | → 1104 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1103 | <p>La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée du professionnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1104 | <p>Fumez-vous actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p> | <p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p> | → 1106 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1105 | <p>En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?</p> | <p>NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/></p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1106 | <p>Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p> | <p>CHAQUE JOUR 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p> | → 1108 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1107 | <p>Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p> | <p>PIPES BOURRÉES DE TABAC B</p> <p>CIGARES C</p> <p>PIPE À EAU D</p> <p>TABAC À CHIQUER E</p> <p>TABAC/POUDRE À PRISER F</p> <p>TABAC À MÂCHER G</p> <p>CHIQUER DE BETEL AVEC TABAC H</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1108 | <p>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 non:</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ?</p> <p>b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ?</p> <p>c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ?</p> <p>d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p> | <table> <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'ARGEN'</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'ARGEN' | 1 | 2 | c) DISTANCE | 1 | 2 | d) ALLER SEULE | 1 | 2 | |
| | PROBLÈME IMPORTANT | PAS UN PROBLÈME IMPORTANT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) PERMISSION | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) OBTENIR L'ARGEN' | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) DISTANCE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) ALLER SEULE | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | |
|------|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1109 | Êtes-vous couverte par une assurance médicale ? | OUI 1 NON 2 | → 1112 | | | | | | | | | | | | |
| 1110 | Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | |
| 1112 | VÉRIFIEZ COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/> ↓ | MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉ POUR L'ENQUÊTE HOMME <input type="checkbox"/> | → 1201 | | | | | | | | | | | | |
| 1113 | VÉRIFIEZ 106: | 15-29 ANS 1 30-49 ANS 2 | → 1201 | | | | | | | | | | | | |
| 1114 | Est-ce que je peux mesurer maintenant votre tension artérielle ? _____ SIGNATURE ENQUÊTRICE _____ DATE | OUI, L'ENQUÊTÉE ACCEPTE 1 NON, L'ENQUÊTÉE N'ACCEPTE PAS 2 | → 1201 | | | | | | | | | | | | |
| 1115 | LISEZ LES MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE. ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET LA PRESSION DIASTOLIQUE. SI VOUS NE POUVEZ PAS MESURER LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE, ENREGISTREZ LA RAISON. | SYSTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> DIASTOLIQUE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> REFUSÉ 994 PROBLÈMES TECHNIQUES 995 AUTRE 996 | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 12. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------------|---|---|----------|-------------------|------|-------|-------------------|--------------------|---|---|---|---|---------------------------|---|---|---|---|-------------------------|---|---|---|---|-------------|---|---|---|---|----------|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|--|
| 1208A | VÉRIFIEZ 217 ET 218 : SÉLECTIONNEZ L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS VIVANT AVEC SA MÈRE ET ÉCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE LA LIGNE. NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.212 _____ | NUMÉRO DE LA LIGNE DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE DE 3 OU 4 ANS DE Q.219 <input type="text"/> <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1209 | (NOM) suit-il/elle un programme d'apprentissage éducatif ou une classe d'éveil, dans un établissement public ou privé, y compris un jardin d'enfants ou une garderie communautaire ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1210 | Pendant les trois derniers jours, avez-vous, vous ou un autre membre du ménage de 15 ans ou plus, participé avec (NOM) à l'une des activités suivantes : SI OUI, DEMANDEZ : Qui a participé à cette activité avec (NOM) ? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. a) Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (NOM) ? b) Raconter des histoires a (NOM) ? c) Chanter des chansons a (NOM) ou avec (NOM), y compris des berceuses ? d) Emmener (NOM) en promenade en dehors de la maison, de la résidence, de la cour ou de l'enceinte ? e) Jouer avec (NOM) ? f) Nommer, compter, et/ou dessiner des choses pour ou avec (NOM) ? | <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>MÈRE</th> <th>PÈRE</th> <th>AUTRE</th> <th>PERS SON NE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIRE DES LIVRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>b) RACONTER DES HISTOIRES</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>c) CHANTER DES CHANSONS</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>d) PROMENER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>e) JOUER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> <tr> <td>f) NOMMER/ COMPTER</td> <td>A</td> <td>B</td> <td>X</td> <td>Y</td> </tr> </tbody> </table> | | MÈRE | PÈRE | AUTRE | PERS SON NE | a) LIRE DES LIVRES | A | B | X | Y | b) RACONTER DES HISTOIRES | A | B | X | Y | c) CHANTER DES CHANSONS | A | B | X | Y | d) PROMENER | A | B | X | Y | e) JOUER | A | B | X | Y | f) NOMMER/ COMPTER | A | B | X | Y | |
| | MÈRE | PÈRE | AUTRE | PERS SON NE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) LIRE DES LIVRES | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) RACONTER DES HISTOIRES | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) CHANTER DES CHANSONS | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) PROMENER | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) JOUER | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) NOMMER/ COMPTER | A | B | X | Y | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1211 | Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur la sante et le développement de votre enfant. Les enfants ne se développent pas tous de manière identique et ils n'apprennent pas tous à la même vitesse. Certains, par exemple, marchent plus tôt que d'autres. Ces questions portent sur plusieurs aspects du développement de votre enfant. Est-ce que (NOM) connaît ou peut citer au moins dix lettres de l'alphabet ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1212 | Est-ce que (NOM) peut lire au moins quatre mots simples, courants ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1213 | Est-ce que (NOM) peut citer et reconnaître tous les chiffres de 1 à 10 ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1214 | Est-ce que (NOM) peut attraper par terre avec deux doigts un petit objet, comme un bâton ou un caillou ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1215 | Est-ce que (NOM) est parfois trop malade pour jouer ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 12. DEVELOPPEMENT DU JEUNE ENFANT

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSER À |
|------|---|---------------------|----------|
| 1216 | Est-ce que (NOM) est capable de suivre de simples instructions sur comment faire quelque chose correctement ? | OUI 1 | |
| | | NON 2 | |
| | | NE SAIT PAS 8 | |
| 1217 | Quand on donne quelque chose à faire a (NOM), est-il/elle capable de le faire de manière indépendante ? | OUI 1 | |
| | | NON 2 | |
| | | NE SAIT PAS 8 | |
| 1218 | Est-ce que (NOM) s'entend bien avec les autres enfants ? | OUI 1 | |
| | | NON 2 | |
| | | NE SAIT PAS 8 | |
| 1219 | Est-ce que (NOM) donne des coups de pieds, mord, ou frappe les autres enfants ou les adultes ? | OUI 1 | |
| | | NON 2 | |
| | | NE SAIT PAS 8 | |
| 1220 | Est-ce que (NOM) est facilement distrait ? | OUI 1 | |
| | | NON 2 | |
| | | NE SAIT PAS 8 | |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|----------------------|-----|----------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|---------|----------------------|--|--|
| 1301 | <p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos frères et soeurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. Nous avons appris au cours des enquêtes précédentes qu'il peut être difficile d'établir une liste complète de tous les enfants nés de votre mère biologique. Nous travaillerons ensemble pour établir la liste la plus complète et pour vous aider à vous souvenir de tous vos frères et soeurs. Pouvez-vous maintenant me donner les noms de tous vos frères et soeurs nés de votre mère biologique ?</p> <table border="0"> <thead> <tr> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> <th>NOM</th> <th>NUMÉRO D'ORDRE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>k _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>b _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>l _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>c _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>m _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>d _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>n _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>e _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>o _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>f _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>p _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>g _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>q _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>h _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>r _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>i _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>s _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>j _____</td> <td><input type="text"/></td> <td>t _____</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | NOM | NUMÉRO D'ORDRE | NOM | NUMÉRO D'ORDRE | a _____ | <input type="text"/> | k _____ | <input type="text"/> | b _____ | <input type="text"/> | l _____ | <input type="text"/> | c _____ | <input type="text"/> | m _____ | <input type="text"/> | d _____ | <input type="text"/> | n _____ | <input type="text"/> | e _____ | <input type="text"/> | o _____ | <input type="text"/> | f _____ | <input type="text"/> | p _____ | <input type="text"/> | g _____ | <input type="text"/> | q _____ | <input type="text"/> | h _____ | <input type="text"/> | r _____ | <input type="text"/> | i _____ | <input type="text"/> | s _____ | <input type="text"/> | j _____ | <input type="text"/> | t _____ | <input type="text"/> | | |
| NOM | NUMÉRO D'ORDRE | NOM | NUMÉRO D'ORDRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a _____ | <input type="text"/> | k _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b _____ | <input type="text"/> | l _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c _____ | <input type="text"/> | m _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d _____ | <input type="text"/> | n _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e _____ | <input type="text"/> | o _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f _____ | <input type="text"/> | p _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| g _____ | <input type="text"/> | q _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| h _____ | <input type="text"/> | r _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| i _____ | <input type="text"/> | s _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| j _____ | <input type="text"/> | t _____ | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1302 | <p>VÉRIFIEZ 1301:</p> <p>AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ</p> <p>AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ</p> | | → 1304 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1303 | <p>LISEZ LEURS NOMS À L'ENQUÊTÉE ET APRÈS LE DERNIER, DEMANDEZ : Y a-t-il d'autres frères et soeurs de la même mère que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1304 | <p>Il arrive que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils ne vivent pas avec eux ou parce qu'ils ne se voient pas très souvent. Y a-t-il des frères ou soeurs qui ne vivent pas avec vous que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1305 | <p>Il arrive parfois que des personnes oublient de citer des enfants de leur mère biologique parce qu'ils sont décédés. Avez-vous des frères et soeurs qui sont décédés que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1306 | <p>Certaines personnes ont des frères ou soeurs de la même mère mais d'un père différent. Y a-t-il des frères ou soeurs nés de votre mère biologique mais qui ont un père biologique différent que vous n'avez pas cités ?</p> <p>NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>→ INSCRIVEZ D'AUTRES FRÈRES ET SOEURS À 1301.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1307 | <p>COMPTEZ LE NOMBRE DE FRÈRES OU DE SOEURS ENREGISTRÉS À 1301.</p> | TOTAL DE FRÈRES ET SOEURS ... <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|--|---------|
| 1308 | VÉRIFIEZ 1307: Juste pour être sûre que j'ai le bon résultat : Votre mère a eu au TOTAL _____ naissances, sans vous compter, durant sa vie. Est-ce correct ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> | VÉRIFIEZ ET CORRIGEZ 1301 ET/OU 1307. | |
| 1309 | VÉRIFIEZ 1307: AU MOINS UN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU UNE SOEUR LISTÉ | AUCUN FRÈRE <input type="checkbox"/> OU SOEUR LISTÉ | 1401 |
| 1310 | Dites-mois, s'il vous plait, quel est le frère ou la soeur qui est né le premier (la première) ? Et qui a été le suivant/la suivante ? ENREGISTREZ '01' POUR LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301 POUR LE PREMIER FRÈRE OU SOEUR, '02' POUR LE SECOND ET AINSI DE SUITE JUSQU'À CE QUE VOUS AYEZ ENREGISTRÉ LE NUMÉRO D'ORDRE POUR TOUS LES FRÈRES ET SOEURS. | | |
| 1311 | Combien de naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance ? | NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1312 | LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. | | | | | | |
| 1313 | NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR. | (01) | (02) | (03) | (04) | (05) | (06) |
| 1314 | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ? | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 |
| 1315 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (02) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (03) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (04) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (05) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (06) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (07) ← |
| 1316 | Quel âge a (NOM) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (02) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (03) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (04) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (05) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (06) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (07) |
| 1317 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1318 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 |
| 1319 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 |
| 1320 | Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ? | OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2 | YES 1 ALLEZ À (05) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2 |
| 1321 | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← |
| 1322 | Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 1312 | LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. | | | | | | |
| 1313 | NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR. | (01) | (02) | (03) | (04) | (05) | (06) |
| 1323 | Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ? | OUI 1 ALLEZ À (02) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (03) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (04) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (05) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (06) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (07) ← NON 2 |
| 1324 | Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (02) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (03) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (04) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (05) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (06) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (07) |
| SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE. | | | | | | | |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| | | | | | | | |
|------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1312 | LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. | | | | | | |
| 1313 | NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR. | (07) | (08) | (09) | (10) | (11) | (12) |
| 1314 | (NOM) est-il de sexe masculin ou féminin ? | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 | MASC. 1 FEM. 2 |
| 1315 | Est-ce que (NOM) est toujours en vie ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (08) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (09) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (10) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (11) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (12) ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1317 ← NSP 8 ALLEZ À (13) ← |
| 1316 | Quel âge a (NOM) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (08) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (09) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (10) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (11) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (12) | <input type="text"/> <input type="text"/> ALLEZ À (13) |
| 1317 | Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e) ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1318 | Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e) ? SI NE SAIT PAS, INSISTEZ ET POSEZ D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 | <input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLEZ À 1323 |
| 1319 | (NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée ? | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À 1323 ← NON 2 |
| 1320 | Est-ce que (NOM) est décédée durant un accouchement ? | OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2 |
| 1321 | Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois qui ont suivi la fin d'une grossesse ou un accouchement ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← | OUI 1 NON 2 ALLEZ À 1323 ← |
| 1322 | Combien de jours après la fin de la grossesse ou l'accouchement (NOM) est-elle décédée ? | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> |

SECTION 13. MORTALITÉ ADULTE ET MORTALITÉ MATERNELLE

| | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| 1312 | LISTEZ LES FRÈRES ET SOEURS SELON LE NUMÉRO D'ORDRE À 1301. POSEZ 1313 JUSQU'À 1324 POUR UN FRÈRE OU UNE SOEUR AVANT DE PASSER AU FRÈRE OU SOEUR SUIVANT. S'IL Y A PLUS DE 12 FRÈRES ET SOEURS, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. | | | | | | |
| 1313 | NOM DU FRÈRE OU DE LA SOEUR. | (07) | (08) | (09) | (10) | (11) | (12) |
| 1323 | Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un acte de violence ? | OUI 1 ALLEZ À (08) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (09) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (10) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (11) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (12) ← NON 2 | OUI 1 ALLEZ À (13) ← NON 2 |
| 1324 | Est-ce que le décès de (NOM) était dû à un accident ? | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (08) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (09) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (10) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (11) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (12) | OUI 1 NON 2 ALLEZ À (13) |
| SI PLUS AUCUN FRÈRE OU SOEUR, ALLER À SECTION SUIVANTE. | | | | | | | |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|---|---|------------------|
| 1000 | VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE SÉLECTIONNÉE POUR L'ENQUÊTE HOMME ? MÉNAGE SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> POUR L'ENQUÊTE HOMME MÉNAGE NON SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR L'ENQUÊTE HOMME | | → 1500 |
| 1001 | Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ? | OUI 1 NON 2 | → 1042 |
| 1002 | 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 | |
| 1003 | Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1004 | 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 | |
| 1005 | 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 | |
| 1006 | Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ? | 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 | Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant : | | |
| | a) Durant la grossesse ? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | |
| | b) Durant l'accouchement ? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | |
| | c) En allaitant ? | OUI 1 NON 2 NSP 8 | |
| 1009 | VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' AUTRE <input type="checkbox"/> | | → 1011 |
| 1010 | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière/sage femme peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1011 | VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN 2015-2017 <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE EN 2014 <input type="checkbox"/> | | → 1027 → 1027 |
| 1012 | VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> | | → 1020 |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|---|---------|-----|-----|-----|-------------------------|---|---|---|-------------------------|---|---|---|----------------------|---|---|---|--|
| 1013 | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1014 | Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé : a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ? b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ? c) Effectuer un test du VIH ? | <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) VIH DE LA MÈRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) CHOSES À FAIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) TEST DU VIH</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | a) VIH DE LA MÈRE | 1 | 2 | 8 | b) CHOSES À FAIRE | 1 | 2 | 8 | c) TEST DU VIH | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) VIH DE LA MÈRE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) CHOSES À FAIRE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) TEST DU VIH | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1015 | Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1016 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ? | OUI 1 NON 2 | → 1020 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1016A | Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils avant effectué le test. Avant d'effectuer votre test, avez-vous reçu des conseils ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1017 | Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE .. 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1018 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | → 1020 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1019 | Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1020 | VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓ AUTRE <input type="checkbox"/> | | → 1024 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1021 | Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|---|---|---------|
| 1022 | Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 | → 1024 |
| 1023 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | → 1025 |
| 1024 | VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> ↓ NON OU <input type="checkbox"/> PAS POSÉE | | → 1027 |
| 1025 | Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 1028 |
| 1026 | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? | IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95 | → 1033 |
| 1027 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | → 1031 |
| 1028 | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? | IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95 | |
| 1029 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1030 | Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE DE DEPISTAGE VOLONTAIRE CLINIQUE DE PLAN 13 SERVICES MOBILES DE TEST 14 AU ET CONSEIL 15 _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | → 1033 |
| 1031 | Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | → 1033 |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|---|---|---------|
| 1032 | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | |
| 1033 | Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | → 1035 |
| 1034 | Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 1035 | Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1036 | 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 ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1037 | Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1038 | Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1039 | Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1040 | Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH. | <p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1041 | Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|--|---------|
| 1042 | <p>VÉRIFIEZ 1001:</p> <p>A ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> PAS ENTENDU PARLER <input type="checkbox"/> DU VIH OU DU SIDA ↓ DU VIH OU DU SIDA ↓</p> <p>a) Mis à part le sida, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 1043 | <p>VÉRIFIEZ 713:</p> <p>A EU DES RAPPORTS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE <input type="checkbox"/> SEXUELS ↓ RAPPORTS SEXUELS →</p> | | 1051 |
| 1044 | <p>VÉRIFIEZ 1042: A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> →</p> | | 1046 |
| 1045 | <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> | |
| 1046 | <p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1047 | <p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1048 | <p>VÉRIFIEZ 1045, 1046, ET 1047:</p> <p>A EU UNE <input type="checkbox"/> N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION ↓ D'INFECTION OU (UN 'OUI') NE SAIT PAS →</p> | | 1051 |
| 1049 | <p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 1045/1046/1047), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | 1051 |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|--|---------|
| 1050 | <p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | |
| 1051 | 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>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1052 | 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 ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1053 | <p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓</p> <p>PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1401</p> | | |
| 1054 | Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p> | |
| 1055 | Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR 8</p> | |

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|---|---------|
| 1401 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1402 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ? | OUI 1 NON 2 | → 1406 |
| 1403 | Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1404 | Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1405 | Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1406 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1407 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ? | OUI 1 NON 2 | → 1411 |
| 1408 | Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1409 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1410 | Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1411 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ? | OUI 1 NON 2 | → 1413 |
| 1412 | Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1413 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique telle que l'asthme ? | OUI 1 NON 2 | → 1415 |
| 1414 | Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1415 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ? | OUI 1 NON 2 | → 1417 |
| 1416 | Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES POUR LE QUESTIONNAIRE FEMME

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------|--|--|------------------|
| 1417 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ? | OUI 1 NON 2 | → 1419 |
| 1418 | Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1419 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite ? | OUI 1 NON 2 | → 1421 |
| 1420 | Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1421 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ? | OUI 1 NON 2 (SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE) | → 1423 |
| 1422 | Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 1421) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1423 | Avez-vous entendu parler du cancer du col de l'utérus ? | OUI 1 NON 2 | → 1425 |
| 1424 | Avez-vous entendu parler de tests pour le cancer du col de l'utérus ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1425 | Je vais, maintenant, vous poser des questions sur des tests qu'un professionnel 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 professionnel 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 professionnel de santé applique du vinaigre dilué sur le col utérin pour voir si une réaction se produit. | | |
| 1426 | Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà fait un test de dépistage du cancer du col de l'utérus ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 1430 |
| 1427 | Quand a eu lieu votre dernier test pour le cancer de l'utérus ? SI MOINS D'1 ANNÉE, INSCRIVEZ '00'. | ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98 | |
| 1428 | Quel était le résultat de votre dernier test pour le cancer du col de l'utérus ? | NORMAL / NÉGATIF 1 ANORMAL / POSITIF 2 PAS CLAIR / NON CONCLUANT 3 N'A PAS REÇU DE RÉSULTATS 4 NE SAIT PAS 8 | → 1430 → 1430 |
| 1429 | Avez-vous suivi un traitement pour le col de l'utérus ou avez-vous fait des visites de suivi à cause des résultats du test ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODE | ALLEZ À |
|------|---|--|---|
| 1430 | VÉRIFIEZ Q123D ET Q1115: PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q123D ET À Q1115 | PRESSIONS SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q123D ET À Q1115 | → 1436 |
| 1431 | ENREGISTREZ ET CALCULEZ LA MOYENNE DE LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q123D ET Q1115. | | |
| 1432 | MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q123D | SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1433 | MESURES DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE Q1115 | SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1434 | SOMME DE Q1432 + Q1433 | SOMME SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | SOMME DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1435 | DIVISEZ Q1434 PAR 2 | MOYENNE SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | MOYENNE DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 1436 | VÉRIFIEZ Q123D PRESSION SYSTOLIQUE <u>ET</u> PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉES À Q123D | LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q123D | → 1439 |
| 1437 | VÉRIFIEZ Q1115: PRESSION SYSTOLIQUE ET PRESSION DIASTOLIQUE NON ENREGISTRÉE À Q1115 | LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q1115 | → 1439 |
| 1438 | VÉRIFIEZ Q106F: PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE ENREGISTRÉES À Q106F | LES DEUX PRESSIONS SYSTOLIQUE <u>ET</u> DIASTOLIQUE <u>NON</u> ENREGISTRÉES À Q106F | → 1500 |
| 1439 | ENREGISTREZ LA PRESSION SYSTOLIQUE ET DIASTOLIQUE. | SYSTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | DIASTOLIQUE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |

SECTION 14. MALADIES NON TRANSMISSIBLES (TENSION ARTÉRIELLE MOYENNE)

| NO. | QUESTIONS ET FILTRES | CODE | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--|--|--|---------|---------|----------------|---|--|----------------|-------|---------------------------|---------------|-------|-------------------|---------------|---|-------------|----------------|---|--------------------|--------------------|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|-------|---|---|---|---|---|---|--|--|
| 1440 | <p>UTILISEZ LE TABLEAU CI-DESSOUS POUR DÉTERMINER LE CODE CORRECT POUR ENREGISTRER DANS LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET SUR LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE .</p> <p>ENCERCLEZ LA LIGNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION SYSTOLIQUE DE Q1435 OU Q1439 .</p> <p>ENSUITE, ENCERCLEZ LA COLONNE OÙ VOUS TROUVEZ LA VALEUR DE LA PRESSION DIASTOLIQUE DE Q1435 OU Q1439 .</p> <p>LA VALEUR QUI SE TROUVE À L'INTERSECTION DE LA LIGNE ET DE LA COLONNE ENCERCLÉES DANS LE TABLEAU SERA UTILISÉE POUR COMPLÉTER Q1441.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE</th> <th colspan="6">PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE</th> </tr> <tr> <th><84</th> <th>85-89</th> <th>90-99</th> <th>100-109</th> <th>110-119</th> <th>≥ 120</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>≤129</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>130-139</td> <td>2</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>140-159</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>160-179</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>4</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>180-209</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>5</td> <td>6</td> </tr> <tr> <td>≥ 210</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table> | PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE | PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE | | | | | | <84 | 85-89 | 90-99 | 100-109 | 110-119 | ≥ 120 | ≤129 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 130-139 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 140-159 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | 160-179 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | 180-209 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | ≥ 210 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | |
| PRESSION SYSTOLIQUE MOYENNE | PRESSION DIASTOLIQUE MOYENNE | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <84 | 85-89 | 90-99 | 100-109 | 110-119 | ≥ 120 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≤129 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 130-139 | 2 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 140-159 | 3 | 3 | 3 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 160-179 | 4 | 4 | 4 | 4 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 180-209 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ≥ 210 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1441 | <p>ENREGISTREZ DANS LE TABLEAU CI-DESSOUS LE NOMBRE QUE VOUS AVEZ ENCERCLÉ À Q1440. UTILISEZ ENSUITE LES INSTRUCTIONS À DROITE DE CE NOMBRE POUR COMPLÉTER LE RAPPORT SUR LA TENSION ARTÉRIELLE ET LE FORMULAIRE DE RÉFÉRENCE POUR L'ENQUÊTÉE. DONNEZ À L'ENQUÊTÉE LE FORMULAIRE ET RÉPONDEZ À TOUTES SES QUESTIONS.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE</th> <th>CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS :</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1</td> <td>NORMALE</td> <td>24 MOIS</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL</td> <td>12 MOIS</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL</td> <td>2 MOIS</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>MODÉRÉMENT ÉLEVÉE</td> <td>1 MOIS</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>TRÈS ÉLEVÉE</td> <td>7 JOURS</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE</td> <td>AUJOURD'HUI</td> </tr> </tbody> </table> | | CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE | CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS : | 1 | NORMALE | 24 MOIS | 2 | À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL | 12 MOIS | 3 | AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL | 2 MOIS | 4 | MODÉRÉMENT ÉLEVÉE | 1 MOIS | 5 | TRÈS ÉLEVÉE | 7 JOURS | 6 | EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE | AUJOURD'HUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | CATÉGORIE DE LA TENSION ARTÉRIELLE DE L'ENQUÊTÉE | CONSULTEZ UN PROFESSIONNEL DE SANTÉ POUR VÉRIFIER LA TENSION ARTÉRIELLE DANS : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | NORMALE | 24 MOIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | À LA LIMITE SUPÉRIEURE DU SEUIL NORMAL | 12 MOIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | AU-DESSUS DU SEUIL NORMAL | 2 MOIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | MODÉRÉMENT ÉLEVÉE | 1 MOIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | TRÈS ÉLEVÉE | 7 JOURS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | EXTRÊMEMENT ÉLEVÉE | AUJOURD'HUI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|--|-------------|---------|---------------------------------|--|------------------|-----|-----|---|------------------|-----|-----|------------------------------------|------------------|-----|-----|--------------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|
| 1500 | VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE POUR LE MODULE VD ? MÉNAGE ET FEMME SÉLECTIONNÉE <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓ | MÉNAGE ET FEMME <input type="checkbox"/> NON SÉLECTIONNÉE | → 1533 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1501 | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ. VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 ↓ | IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 | → 1532 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1501A | 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 BÉNIN. 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1502 | VÉRIFIEZ 701 ET 702: ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ | PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UN HOMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIER" AVEC MARI/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> ↓ | JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> → 1516 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1503 | Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certaines femmes sont confrontées. Dites-moi, s'il vous plaît, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire) ? a) Il (est/était) jaloux ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres hommes ? b) Il vous (accuse/accusait) souvent 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 ? | | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>JALOUX</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | JALOUX | 1 | 2 | 8 | ACCUSE | 1 | 2 | 8 | VOIR AMIES | 1 | 2 | 8 | VOIR FAMILLE | 1 | 2 | 8 | OÙ VOUS ÊTES | 1 | 2 | 8 |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| JALOUX | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ACCUSE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOIR AMIES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VOIR FAMILLE | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OÙ VOUS ÊTES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1504 | Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernier) (mari/partenaire). A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) : | | B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>SOUVENT</th> <th>PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> <tr> <td>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2 3</td> </tr> </tbody> </table> | | DÉJÀ ARRIVÉ | SOUVENT | PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS | a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | c) Vous insulte ou vous rabaisse ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | | | | | | | | |
| | DÉJÀ ARRIVÉ | SOUVENT | PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Vous insulte ou vous rabaisse ? | OUI 1 NON 2 ↓ | → 1 | 2 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À |
|------|--|--|--|
| 1505 | A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernier) (mari/partenaire) vous ait fait l'une des choses suivantes : | 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 | TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS |
| | | SOUVENT | |
| | a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | b) vous gifle ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ? | OUI 1 NON 2 | → 1 2 3 |
| | g) vous menace ou 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 |
| 1506 | VÉRIFIEZ 1505A (a-j): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ | PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → | 1509 |
| 1507 | Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernier) (mari/partenaire), cet acte s'est-il produit ou ces actes se sont-ils produits pour la première fois ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00'. | NOMBRE D'ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> AVANT MARIAGE/AVANT VIVRE ENSEMBLE 95 | |
| 1508 | Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernier) (mari/partenaire), il vous est arrivé d'avoir : | | |
| | a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ? | OUI 1 NON 2 | |
| | b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ? | OUI 1 NON 2 | |
| | c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À |
|------|---|--|----------|
| 1509 | 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) alors qu'il ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ? | OUI 1 NON 2 | → 1511 |
| 1510 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernier) (mari/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ? | SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3 | |
| 1511 | Est-ce que votre (dernier) (mari/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ? | OUI 1 NON 2 | → 1513 |
| 1512 | Combien de fois lui arrive-t-il (lui est-il arrivé) d'être ivre : souvent, de temps en temps ou jamais ? | SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 JAMAIS 3 | |
| 1513 | Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernier) (mari/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ? | DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3 | |
| 1514 | VÉRIFIEZ 709: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS → | | → 1516 |
| 1515 | A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuel/dernier) (mari/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'un de vos (mari(s)/partenaire(s)) précédent(s) . a) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ? b) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ? c) Est-ce qu'il est arrivé qu'un (mari/partenaire) précédent vous humilie devant d'autres personnes, menace de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche, vous insulte ou vous rabaisse ? | B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ? DÉJÀ ARRIVÉ IL Y A 0-11 MOIS IL Y A 12 MOIS OU PLUS NE SE PAS SOUVIENT PAS OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ OUI 1 NON 2 ↓ | |
| 1516 | VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ? b) JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ c) 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 ? | OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3 | → 1519 |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À |
|-------|--|--|-------------------|
| 1517 | Qui vous a agressé de cette façon ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETIT AMI ACTUEL F PETIT AMI PRÉCÉDEN G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/SOLDAT M AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | |
| 1518 | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois est-il arrivé que (cette personne/ces personnes) vous agresse (vous agressent) physiquement : souvent, de temps en temps ou pas du tout ? | SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3 | |
| 1519 | VÉRIFIEZ 201, 226 ET 230: A DÉJÀ ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> (OUI À 201 OU 226 OU 230) ↓ | N'A JAMAIS ÉTÉ ENCEINTE <input type="checkbox"/> | → 1522 |
| 1520 | Est-ce qu'il est arrivé que quelqu'un vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement alors que vous étiez enceinte ? | OUI 1 NON 2 | → 1522 |
| 1521 | Qui a agi ainsi pour vous faire mal physiquement pendant que vous étiez enceinte ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MARI/PARTENAIRE ACTUEL A MÈRE/ FEMME DU PÈRE B PÈRE/ MARI DE LA MÈRE C SOEUR/FRÈRE D FILLE/FILS E AUTRE PARENT 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 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL N POLICE/SOLDAT O AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | |
| 1522 | VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/A DÉJÀ VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓ | JAMAIS MARIÉE/JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | → 1522B |
| 1522A | Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/un) (mari/partenaire). À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? | OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3 | → 1523 → 1524A |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À |
|-------|--|---|----------|
| 1522B | À n'importe quel moment dans votre vie, quand vous étiez enfant ou adulte, est-ce que quelqu'un vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? | OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3 | → 1526 |
| 1523 | Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé? | MARI/PARTENAIRE ACTUEL 01 ANCIEN MARI/PARTENAIRE 02 PETIT AMI ACTUEL/ANCIEN 03 PÈRE/BEAU-PÈRE 04 FRÈRE/BEAU-FRÈRE 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMI/RENCONTRE 08 AMI DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANT 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/SOLDAT 12 PRÊTRE/RELIGIEUX 13 INCONNU 14 AUTRE _____ 96 (PRECISEZ) | |
| 1524 | VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/un) (mari/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ b) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? | OUI 1 NON 2 | → 1525 |
| 1524A | VÉRIFIEZ 1505A (h-j) et 1515A(b): AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' → | | → 1526 |
| 1525 | VÉRIFIEZ 701 ET 702: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉE/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/un de vos) mari/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉE/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UN HOMME ↓ 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 | |

SECTION 15. VIOLENCE DOMESTIQUE

| No. | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | PASSEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---------------|-------------------------|-----|------------|---|---|---|-----------------------------|---|---|---|--------------------|---|---|---|--|
| 1526 | VÉRIFIEZ 1505A (a-j), 1515A (a,b), 1516, 1520, 1522A ET 1522B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓ | PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI' | → 1530 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1527 | Pensez à ce qui vous est arrivé parmi les choses dont nous venons de parler. Vous est-il arrivé de rechercher de l'aide ? | OUI 1 NON 2 | → 1529 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1528 | Après de qui avez-vous recherché de l'aide ? Personne d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | PROPRE FAMILLE A FAMILLE DU MARI/PARTENAIRE B MARI/PARTENAIRE ACTUEL/ANCIEN C PETIT AMI ACTUEL /ANCIEN D AMI E VOISIN F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE I HOMME DE LOI J SERVICE SOCIAL K ONG L AUTRE X (PRÉCISEZ) | → 1530 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1529 | Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ? | OUI 1 NON 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1530 | 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1531 | 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"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI 1 FOIS</th> <th>OUI, PLUS D'UNE FOIS</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>FEMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI 1 FOIS | OUI, PLUS D'UNE FOIS | NON | MARI | 1 | 2 | 3 | AUTRE HOMME ADULTE | 1 | 2 | 3 | FEMME ADULTE | 1 | 2 | 3 | |
| | OUI 1 FOIS | OUI, PLUS D'UNE FOIS | NON | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARI | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRE HOMME ADULTE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FEMME ADULTE | 1 | 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1532 | COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR LA VIOLENCE DOMESTIQUE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1533 | ENREGISTREZ L'HEURE. | HEURES 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> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

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. (2)

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 PILULE DU LENDEMAIN
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 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
7 COÛTE TROP CHER
8 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

| | | | COL. 1 | COL. 2 |
|------------|----|---------|--------|----------|
| | 12 | DEC | 01 | |
| | 11 | NOV | 02 | |
| | 10 | OCT | 03 | |
| 2 | 09 | SEP | 04 | |
| | 08 | AOUT | 05 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 06 | |
| | 06 | JUIN | 07 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 08 | |
| | 04 | AVRIL | 09 | 1 |
| 7 | 03 | MARS | 10 | |
| | 02 | FEVRIER | 11 | 7 |
| (1) | 01 | JAN | 12 | |
| <hr/> | | | | |
| | 12 | DEC | 13 | |
| | 11 | NOV | 14 | |
| | 10 | OCT | 15 | |
| 2 | 09 | SEP | 16 | |
| | 08 | AOUT | 17 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 18 | |
| | 06 | JUIN | 19 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 20 | |
| | 04 | AVRIL | 21 | 1 |
| 6 | 03 | MARS | 22 | |
| | 02 | FEVRIER | 23 | 6 |
| | 01 | JAN | 24 | |
| <hr/> | | | | |
| | 12 | DEC | 25 | |
| | 11 | NOV | 26 | |
| | 10 | OCT | 27 | |
| 2 | 09 | SEP | 28 | |
| | 08 | AOUT | 29 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 30 | |
| | 06 | JUIN | 31 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 32 | |
| | 04 | AVRIL | 33 | 1 |
| 5 | 03 | MARS | 34 | |
| | 02 | FEVRIER | 35 | 5 |
| | 01 | JAN | 36 | |
| <hr/> | | | | |
| | 12 | DEC | 37 | |
| | 11 | NOV | 38 | |
| | 10 | OCT | 39 | |
| 2 | 09 | SEP | 40 | |
| | 08 | AOUT | 41 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 42 | |
| | 06 | JUIN | 43 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 44 | |
| | 04 | AVRIL | 45 | 1 |
| 4 | 03 | MARS | 46 | |
| | 02 | FEVRIER | 47 | 4 |
| | 01 | JAN | 48 | |
| <hr/> | | | | |
| | 12 | DEC | 49 | |
| | 11 | NOV | 50 | |
| | 10 | OCT | 51 | |
| 2 | 09 | SEP | 52 | |
| | 08 | AOUT | 53 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 54 | |
| | 06 | JUIN | 55 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 56 | |
| | 04 | AVRIL | 57 | 1 |
| 3 | 03 | MARS | 58 | |
| | 02 | FEVRIER | 59 | 3 |
| | 01 | JAN | 60 | |
| <hr/> | | | | |
| | 12 | DEC | 61 | |
| | 11 | NOV | 62 | |
| | 10 | OCT | 63 | |
| 2 | 09 | SEP | 64 | |
| | 08 | AOUT | 65 | 2 |
| 0 | 07 | JUL | 66 | |
| | 06 | JUIN | 67 | 0 |
| 1 | 05 | MAI | 68 | |
| | 04 | AVRIL | 69 | 1 |
| 2 | 03 | MARS | 70 | |
| | 02 | FEVRIER | 71 | 2 |
| | 01 | JAN | 72 | |

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2017. Pour la collecte commençant en 2018, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2011 doit être changé en 2012, 2012 doit être changé en 2013, 2013 doit être changé en 2014, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

(2) Des codes peuvent être ajoutés pour d'autres méthodes, comme celles basées sur la connaissance de la fécondité.