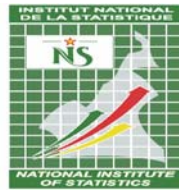


REPUBLIQUE DU CAMEROUN
 Paix – Travail – Patrie
**INSTITUT NATIONAL DE LA
 STATISTIQUE**



REPUBLIC OF CAMEROON
 Peace – Work – Fatherland
**NATIONAL INSTITUTE OF
 STATISTICS**

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ AU CAMEROUN (EDSC 2018)
 QUESTIONNAIRE HOMME

IDENTIFICATION																				
RÉGION _____																				
DÉPARTEMENT _____																				
ARRONDISSEMENT _____																				
LOCALITÉ _____																				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____																				
NUMÉRO DE GRAPPE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE STRUCTURE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NUMÉRO DE MÉNAGE				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE L'HOMME _____				<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
HOMME SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE RELATIONS DANS LE MÉNAGE (1=OUI, 2=NO.....)																				
VISITES D'ENQUÊTEURS																				
	1	2	3	VISITE FINALE																
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
NOM DE L'ENQUÊTEUR	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td>2</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	2	0	1	8												
2	0	1	8																	
PROCHAINE DATE VISITE	_____	_____		ANNÉE <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
HEURE	_____	_____		RÉSULTAT* <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 2 PAS À LA MAISON 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ 3 DIFFÉRÉ 6 INCAPACITÉ (PRÉCISEZ)																				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td>0</td><td>2</td></tr></table> LANGUE DE L'INTERVIEW** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉ** <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> INTERPRÈTE UTILISÉ (OUI = 1, NON = 2) <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					0	2														
0	2																			
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 ANGLAIS 05 PIDGIN 02 FRANÇAIS 96 AUTRE 03 FUFULDE _____ 04 EWONDO (PRÉCISEZ)																				
CHEF D'ÉQUIPE			CONTRÔLEUSE / CONTROLEUR																	
_____ NOM <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO											_____ NOM <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> NUMÉRO									

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

Bonjour. Je m'appelle _____ . Je travaille avec l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE. En collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE, nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets CAMEROUN. Les informations que nous collectons aideront le gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement environ 20 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligé de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions à me poser ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTEUR _____ DATE _____

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

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À				
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES MINUTES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
102	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES TOUJOURS 95 VISITEUR 96	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> → 105				
103	Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3					
104	Juste avant d'habiter ici, dans quelle RÉGION est-ce que vous viviez ?	ADAMAOUA 01 CENTRE (SANS YAOUNDÉ) 02 DOUALA 03 EST 04 EXTRÊME-NORD 05 LITTORAL (SANS DOUALA) 06 NORD 07 NORD-OUEST 08 OUEST 09 SUD 10 SUD-OUEST 11 YAOUNDÉ 12 EN DEHORS DU CAMEROON 96					

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																		
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous né ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998																																			
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>																																			
107	Êtes-vous allé 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 1er CYCLE 2 SECONDAIRE 2ème CYCLE 3 SUPÉRIEUR 4																																			
109	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez atteint à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>																																			
Codes pour Q.109																																					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>NIVEAU</th> <th>PRIMAIRE</th> <th>SECONDAIRE 1er Cycle</th> <th>SECONDAIRE 2nd Cycle</th> <th>SUPÉRIEUR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="7" style="writing-mode: vertical-rl; transform: rotate(180deg);">ANNÉE/CLASSE</td> <td>MOINS 1 AN. =00</td> <td>MOINS 1 AN. =00</td> <td>MOINS 1 AN. =00</td> <td>MOINS 1 AN. =00</td> </tr> <tr> <td>SIL/Class1 =01</td> <td>6è/1ère A.T./Form 1 =01</td> <td>2nde G ou T/Form 5 =01</td> <td>1è année =01</td> </tr> <tr> <td>CP/CPS/class2 =02</td> <td>5è/2è A.T./Form 2 =02</td> <td>1ère G ou T/Lower 6 =02</td> <td>2è année =02</td> </tr> <tr> <td>CE1/Class3 =03</td> <td>4è/3è A.T./Form 3 =03</td> <td>Terminale G ou T/Upper 6 =03</td> <td>3è année =03</td> </tr> <tr> <td>CE2/Class4 =04</td> <td>3è/4è A.T./Form4 =04</td> <td></td> <td>4è année ou + =04</td> </tr> <tr> <td>CM1/Class5 =05</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>CM2/Class6/7 =06</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er Cycle	SECONDAIRE 2nd Cycle	SUPÉRIEUR	ANNÉE/CLASSE	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	SIL/Class1 =01	6è/1ère A.T./Form 1 =01	2nde G ou T/Form 5 =01	1è année =01	CP/CPS/class2 =02	5è/2è A.T./Form 2 =02	1ère G ou T/Lower 6 =02	2è année =02	CE1/Class3 =03	4è/3è A.T./Form 3 =03	Terminale G ou T/Upper 6 =03	3è année =03	CE2/Class4 =04	3è/4è A.T./Form4 =04		4è année ou + =04	CM1/Class5 =05				CM2/Class6/7 =06					
NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE 1er Cycle	SECONDAIRE 2nd Cycle	SUPÉRIEUR																																	
ANNÉE/CLASSE	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00	MOINS 1 AN. =00																																	
	SIL/Class1 =01	6è/1ère A.T./Form 1 =01	2nde G ou T/Form 5 =01	1è année =01																																	
	CP/CPS/class2 =02	5è/2è A.T./Form 2 =02	1ère G ou T/Lower 6 =02	2è année =02																																	
	CE1/Class3 =03	4è/3è A.T./Form 3 =03	Terminale G ou T/Upper 6 =03	3è année =03																																	
	CE2/Class4 =04	3è/4è A.T./Form4 =04		4è année ou + =04																																	
	CM1/Class5 =05																																				
	CM2/Class6/7 =06																																				

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES DE L'ENQUÊTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
124	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous voyagé en dehors de votre communauté et dormi ailleurs que chez vous ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 201
125	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absent de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ?	OUI 1 NON 2	
126	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous avez eu peur de ne plus avoir assez de nourriture à manger?	YES 1 NO 2	
127	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous ne pouviez pas manger des aliments nourrissants et bons pour la santé?	YES 1 NO 2	
128	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous mangiez presque toujours la même chose?	YES 1 NO 2	
129	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous avez dû sauter un repas?	YES 1 NO 2	
130	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous n'avez pas mangé autant qu'il aurait fallu?	YES 1 NO 2	
131	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, il n'y avait plus rien à manger à la maison?	YES 1 NO 2	
132	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous aviez faim mais vous n'avez pas mangé?	YES 1 NO 2	
133	À un moment donné au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous trouvée dans une situation où, faute d'argent ou d'autres moyens, vous n'avez rien mangé de toute la journée?	YES 1 NO 2	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une ou plusieurs années.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un batonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	condom/préservatif. 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 trois jours après 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/préservatif ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
11	<p>Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (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 et intensément le jour et la nuit.</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>
12	<p>Méthode de rythme /abstinence périodique/Billings. 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	Au cours des derniers mois, avez-vous :		OUI	NON	
	a) Entendu à la radio un message sur la planification familiale ?	a) RADIO	1	2	
	b) Vu à la télévision quelque chose sur la planification familiale ?	b) TÉLÉVISION	1	2	
	c) Lu dans un journal ou un magazine quelque chose sur la planification familiale ?	c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2	
	d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur un téléphone portable ?	d) PORTABLE	1	2	
	e) Vu quelque chose sur la planification familiale sur les affiches ou panneaux publicitaires ?	e) AFFICHES OU PANNEAUX PUBL ..	1	2	
303	Au cours des derniers mois, avez-vous parlé de planification familiale avec un agent de santé ou un professionnel de santé ?	OUI	1		
		NON	2		
304	Je voudrais maintenant vous parler des risques de tomber enceintes. Entre la période des règles et les règles suivantes, est-ce qu'il y a une période où les femmes ont plus de chances de tomber enceintes ?	OUI	1		→ 306
		NON	2		
		NE SAIT PAS	8		
305	Est-ce que cette période se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles soient terminées ou bien au milieu de deux périodes de règles ?	JUSTE AVANT QUE LES RÉGLES COMMENCENT	1		
		PENDANT LES RÉGLES	2		
		JUSTE APRÈS LA FIN DES RÉGLES	3		
		AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES	4		
		AUTRE _____ (PRÉCISEZ)	6		
		NE SAIT PAS	8		
306	Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?	OUI	1		
		NON	2		
		NE SAIT PAS	8		
307	Je vais vous lire maintenant certaines déclarations sur la contraception. Dites-moi, s'il vous plaît, si vous êtes d'accord ou pas d'accord avec chacune de ces déclarations ?		PAS D'ACCORD	D'ACCORD	NSP
	a) La contraception est un problème de femme et un homme ne doit pas s'en préoccuper.	a) CONTRACEPTION PROBLÈME DE FEMME	1	2	8
	b) Une femme qui utilise la contraception peut devenir une femme légère.	b) FEMME PEUT DEVENIR LÉGÈRE	1	2	8

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE																																																
416	Quand avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne pour la dernière fois ?		IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>													IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																				
417	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne, un condom/préservatif a-t-il été	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←	OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 419) ←																																																
418	Un condom/préservatif a-t-il été utilisé chaque fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette personne au cours des 12 derniers	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2																																																
419	Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ? SI PETITE AMIE : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez marié ? SI OUI, ENCERCLEZ '2'. SI NON, ENCERCLEZ '3'.	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)	ÉPOUSE 1 PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉ .. 2 PETITE AMIE NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉ 3 RENCONTRE OCCASIONNELLE .. 4 PROSTITUÉE/CLIENT .. 5 AUTRE 6 (PRÉCISEZ)																																																
420	Il y a combien de temps que vous avez eu vos premiers rapports sexuels avec cette personne ?	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																	IL Y A JOURS 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A SEMAINES 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A MOIS 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> IL Y A ANNÉES 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																
421	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec cette personne ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.	NOMBRE DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					NOMBRE DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>					NOMBRE DE FOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>																																								

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

		DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE	AVANT-AVANT DERNIÈRE PARTENAIRE SEXUELLE
422	Quel âge a cette personne ?	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	ÂGE DE LA PARTENAIRE <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
423	À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1] (RETOURNEZ À 416COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 425) ←	OUI 1] (RETOURNEZ À 416 COL. SUIVANTE) NON 2] (ALLEZ À 425) ←	
424	En tout, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ? DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI LE NOMBRE DE FOIS EST 95 OU PLUS, INSCRIVEZ '95'.			NOMBRE DE PARTENAIRE DANS LES 12 DERNIERS MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 4. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
436	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom/préservatif la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PARABLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ / DISPENSARE PUBLIC 12</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMEN. 13</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONI. 21</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIENEL 23</p> <p>CABINET MÉDICAL 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHÉ 31</p> <p>KIOSQUE/CAISSE 32</p> <p>VENDEUR AMBULANT 33</p> <p>BAR/BOÎTE DE NUIT 34</p> <p>PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM 35</p> <p>AMIS/PARENTS 36</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
437	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode que le condom/préservatif pour éviter ou retarder une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 439</p> <p>→ 440</p>
438	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une méthode pour éviter ou retarder une grossesse ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 440</p>
439	<p>Quelle méthode avez-vous, ou votre partenaire, utilisé ?</p> <p>INSISTEZ: Est-ce que vous ou votre partenaire avait utilisé une autre méthode pour éviter une grossesse ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE A</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE B</p> <p>DIU C</p> <p>INJECTABLES D</p> <p>IMPLANTS E</p> <p>PILULE F</p> <p>CONDOM. G</p> <p>CONDOM FÉMININ H</p> <p>PILULE DU LENDEMAIN I</p> <p>MÉTHODE DES JOURS FIXES J</p> <p>MAMA K</p> <p>MÉTHODE DU RYTHME L</p> <p>RETRAIT M</p> <p>AUTRE MÉTHODE MODERNE X</p> <p>AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y</p>	<p>→ 501</p>
440	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 5. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

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

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
612	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seul ou ensemble avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT 1 ENSEMBLE SEULEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 615
612A	Quelle est la probabilité pour que vous perdiez vos droits de propriété sur cette maison ou sur une autre de vos maisons dans les 5 prochaines années?	TRES PROBABLE 1 PROBABLE 2 PAS PROBABLE 3	→ 612C
612B	Quelle est la source d'une perte éventuelle de vos droits de propriété sur cette maison ou sur une autre de vos maisons?	GOUVERNEMENT 1 AUTORITES LOCALES 2 INTERETS COMMERCIAUX 3 MEMBRE DE LA FAMILLE OU AUTRES INDIVIE... 4	
612C	Avez-vous le droit de léguer seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre cette maison ou une autre de vos maisons?	OUI, SEULE SEULEMENT 1 OUI, ENSEMBLE SEULEMENT 2 OUI, SEULE ET ENSEMBLE 3 NON 4	
613	Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 615
613A	Avez-vous un acte de propriété pour cette maison?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
613B	Quel type d'actes de propriété avez-vous ?	CERTIFICAT COUTUMIER A ATTESTATION/CERTIFICAT DE VENTE B TITRE FONCIER C AUTRE X (PRÉCISER)	
614	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
614A	Puis-je voir l'acte de propriété ?	OUI, CERTIFICAT COUTUMIER VU A OUI, ATTESTATION/CERT DE VENTE VUE B OUI, TITRE FONCIER VU C OUI, AUTRE DOCUMENT VU D NON, AUCUN DOCUMENT VU E	
615	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seul ou ensemble avec quelqu'un d'autre ?	SEUL SEULEMENT 1 ENSEMBLE SEULEMENT 2 SEUL ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4	→ 618
615A	Avez-vous des droits fonciers sur de la terre agricole ou non agricole?	OUI, TERRE AGRICOLE 1 OUI, TERRE NON AGRICOLE 2 OUI, POUR LES DEUX TERRES 3 NON 4	→ 618
615B	Quel type de droits avez-vous?	PLEINE PROPRIETE 1 BAIL 2 AUTRE 6 (PRÉCISER)	
615C	Quelle est la probabilité pour que vous perdiez vos droits de propriété ou vos droits d'utilisation de votre/vos terre(s) dans les 5 prochaines années?	TRES PROBABLE 1 PROBABLE 2 PAS PROBABLE 3	→ 615E
615D	Quelle est la source de perte éventuelle de vos droits de propriété ou d'utilisation de cette/ces terre(s) ?	GOUVERNEMENT 1 AUTORITES LOCALES 2 INTERETS COMMERCIAUX 3 MEMBRE DE LA FAMILLE OU AUTRES INDIVIE... 4	

SECTION 6. EMPLOI ET RÔLE DES SEXES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
615E	Avez-vous le droit de léguer seule ou ensemble avec quelqu'un d'autre votre/vos terre(s)?	OUI, SEULE SEULEMENT 1 OUI, CONJOINTEMENT SEULEMENT... 2 OUI, SEULE ET CONJOINTEMENT 3 NON 4	
616	Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ?	OUI, TERRE AGRICOLE 1 OUI, TERRE NON AGRICOLE 2 OUI, POUR LES DEUX TERRES 3 NON 4 NE SAIT PAS 8	→ 618
616A	Quel type d'actes de propriété avez-vous ?	CERTIFICAT COUTUMIER A ATTESTATION/CERTIFICAT DE VENTE B TITRE FONCIER C AUTRE X (PRÉCISER)	
617	Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
617A	Puis-je voir l'acte de propriété ?	OUI, CERTIFICAT COUTUMIER VU A OUI, ATTESTATION/CERT DE VENTE VUE B OUI, TITRE FONCIER VU C OUI, AUTRE DOCUMENT VU D NON, AUCUN DOCUMENT VU E	
618	Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :		
	a) Si elle sort sans le lui dire ?	OUI NON NSP a) SORT SANS LE LUI DIRE 1 2 8	
	b) Si elle néglige les enfants ?	b) NÉGLIGE LES ENFANTS 1 2 8	
	c) Si elle argumente avec lui ?	c) ARGUMENTE 1 2 8	
	d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?	d) REFUSE RAP. SEXUELS 1 2 8	
	e) Si elle brûle la nourriture ?	e) BRÛLE NOURRITURE 1 2 8	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
701	Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ?	OUI 1 NON 2	→ 727
702	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
703	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
704	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le virus du sida en utilisant des condoms/préservatifs au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
705	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida en partageant la nourriture avec une personne qui a le sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
706	Est-ce qu'on peut contracter le virus du sida par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
707	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le virus du sida ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
708	Est-ce que le virus qui cause le sida peut être transmis de la mère à son enfant :		
	a) Au cours de la grossesse ?	OUI NON NSP a) AU COURS DE LA GROSSESSE 1 2 8	
	b) Pendant l'accouchement ?	b) PENDANT ACCOUCHE 1 2 8	
	c) Pendant l'allaitement ?	c) PENDANT L'ALLAIT. 1 2 8	
709	VÉRIFIEZ 708: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 711
710	Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le virus du sida pour réduire le risque de transmission à son enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
711	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
712	Avez-vous déjà effectué un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 716
713	Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ?	IL Y A MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANS OU PLUS 95	
714	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 715
714A	Quel était le résultat du test?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDETERMINÉ 3 REFUS DE RÉPONDRE 4 NE SAIT PAS 8	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
715	<p>Où le test a-t-il été effectué ?</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 MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC 11</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSAIRE PUBLIC 12</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE 13</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 14</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONI 21</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC 22</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONEL 23</p> <p>CABINET MÉDICAL 24</p> <p>PHARMACIE 25</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) 26</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 27</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 28 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>MAISON 31</p> <p>LIEU DE TRAVAIL 32</p> <p>CENTRE DE DÉTENTION 33</p> <p>ÉCOLE/CENTRE CULTUREL 34</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 718</p>
716	<p>Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>→ 718</p>
717	<p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC</p> <p>HÔPITAL PUBLIC A</p> <p>CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSAIRE PUBLIC B</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONI G</p> <p>HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC H</p> <p>CENTRE DE SANTÉ / DISPENSAIRE CONFESSIONEL I</p> <p>CABINET MÉDICAL J</p> <p>PHARMACIE K</p> <p>CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) L</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL M</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ N (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
		AUTRE SOURCE MAISON O LIEU DE TRAVAIL P CENTRE DE DÉTENTION Q ÉCOLE/CENTRE CULTUREL R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 7. VIH/SIDA

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

SECTION 7. VIH/SIDA

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
732	Il arrive parfois que les hommes aient une plaie ou un ulcère dans la zone génitale. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère dans la zone génitale ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
733	VÉRIFIEZ 730, 731 AND 732: A EU UNE <input type="checkbox"/> INFECTION (UN 'OUI') ↓	N'A PAS EU <input type="checkbox"/> INFECTION OU NE SAIT PAS	→ 736
734	La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DÉCLARÉ À 730/731/732), avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI 1 NON 2	→ 736
735	Où êtes-vous allé ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR MÉDICAL PUBLIC/PUBLIC HÔPITAL PUBLIC A CENTRE MÉDICAL D'ARRONDISSEMENT/ CENTRE DE SANTÉ INTÉGRÉ/ PMI / DISPENSARE PUBLIC B AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE C CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) D SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL / CLINIQUE CONFESSIONI G HÔPITAL / CLINIQUE PRIVÉ LAÏC H CENTRE DE SANTÉ / DISPENSARE CONFESSIONI I CABINET MÉDICAL J PHARMACIE K CENTRE DE PREVENTION ET DE DEPISTAGE VOLONTAIRE DU VIH (CPDV) L SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL M AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ N (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON O LIEU DE TRAVAIL P CENTRE DE DÉTENTION Q ÉCOLE/CENTRE CULTUREL R AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
736	Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom/préservatif quand ils ont des rapports sexuels ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
737	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
801	Certains hommes sont circoncis, c'est-à-dire qu'on leur a enlevé entièrement le prépuce du pénis. Êtes-vous circoncis ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 805
802	Quel âge aviez-vous quand vous avez été circoncis ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE (<5 ANS) 95 NE SAIT PAS 98	
803	Qui a effectué la circoncision ?	PRATICIEN TRADITIONNEL/FAMILLE/AMIS 1 AGENT / PROFESSIONNEL DE SANI..... 2 AUTRE 3 NE SAIT PAS 8	
804	Où a été effectuée la circoncision ?	ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ 1 MAISON D'UN AGENT / PROFESSIONNEL DE SANTÉ 2 CIRCONCISION FAITE À LA MAISON 3 ENDROIT RITUEL 4 AUTRE MAISON/ENDROIT 5 NE SAIT PAS 8	
805	Je voudrais maintenant vous poser d'autres questions concernant des problèmes de santé. Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on fait une injection pour une raison quelconque ? SI OUI: Combien d'injections avez-vous eu ? SI LE NOMBRE D'INJECTIONS EST DE 90 OU PLUS OU SI LES INJECTIONS ÉTAIENT QUOTIDIENNES PENDANT 3 MOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '90'. DANS LE CAS DE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION.	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
806	Parmi ces injections, combien ont été effectuées par un médecin, une infirmière, un pharmacien, un dentiste ou un autre personnel de santé ? SI LE NOMBRE DE CES 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	NOMBRE D'INJECTIONS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00	→ 808
807	La dernière fois que vous avez eu une injection effectuée un personnel de santé, est-ce qu'il/elle a pris la seringue et l'aiguille d'un emballage neuf qui n'avait pas été ouvert ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
808	Fumez-vous actuellement du tabac tous les jours, certains jours ou pas du tout ?	TOUS LES JOURS 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 811 → 810
809	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours ?	OUI 1 NON 2	→ 812
810	Dans le passé, est-ce que vous fumiez tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	TOUS LES JOURS 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 813

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
811	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par jour ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes manufacturées?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p style="text-align: center;">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGULIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>→ 813</p>
812	<p>En moyenne, parmi les produits suivants, combien en fumez-vous actuellement par semaine ? Dites-moi aussi si vous consommez ces produits, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Des cigarettes manufacturées ?</p> <p>b) Des cigarette roulées à la main ?</p> <p>c) Des Kreteks ?</p> <p>d) Des pipes à tabac?</p> <p>e) Des cigares, cheroots ou cigarillos ?</p> <p>f) Nombre de séances de pipe à eau/narguilé ?</p> <p>g) Autre chose ?</p> <p style="text-align: center;">_____ (PRÉCISEZ)</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) CIGARETTES ROULÉES .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) KRETEKS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) PIPES À TABAC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) CIGARES, CHEROOTS OU CIGARILLOS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>f) NOMBRE DE SÉANCES DE PIPE À EAU/NARGULIÉ <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>g) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
813	<p>Consommez-vous actuellement du tabac sans fumée chaque jour, certains jours ou pas du tout ?</p>	<p>TOUS LES JOURS 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	<p>→ 815</p> <p>→ 816</p>

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
814	<p>En moyenne, combien de fois par jour utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez le produit, mais pas chaque jour.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUS LES JOURS, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR JOUR</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 816
815	<p>En moyenne, combien de fois par semaine utilisez-vous les produits suivants ? Dites-moi aussi si vous utilisez ce produit, mais pas chaque semaine.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉ DÉCLARE UTILISER UN PRODUIT , MAIS PAS TOUTES LES SEMAINES, INSCRIVEZ '888'. SI LE PRODUIT N'EST PAS UTILISÉ DU TOUT, INSCRIVEZ '000'.</p> <p>a) Du tabac à chiquer, dans la bouche ?</p> <p>b) Du tabac à priser, à inhaler par le nez ?</p> <p>c) Du tabac à mâcher ?</p> <p>d) Du Betel à mâcher ?</p> <p>e) Autre chose ?</p> <p>_____</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>NOMBRE PAR SEMAINE</p> <p>a) TABAC À CHIQUER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>b) TABAC À PRISER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>c) TABAC À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>d) BETEL À MÂCHER <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>e) AUTRE CHOSE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	→ 818
816	Dans le passé, est-ce que vous consommiez du tabac sans fumée tous les jours ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 818
817	Dans le passé, est-ce que vous consommiez du tabac sans fumée tous les jours, certains jours ou est-ce que vous ne fumiez pas ?	<p>TOUS LES JOURS 1</p> <p>CERTAINS JOURS 2</p> <p>PAS DU TOUT 3</p>	
818	<p>VÉRIFIEZ 808, 810, 813, AND 817:</p> <p>FUME ACTUELLEMENT DU TABAC/ <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE DU TABAC SANS FUMÉE ↓ <input type="checkbox"/></p> <p>('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS')</p> <p>AUCUN "CHAQUE JOUR" <input type="checkbox"/></p> <p>ET 'AUCUN' 'CERTAINS JOURS'</p>		→ 820
819	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez fumé du tabac ou consommé du tabac sans fumée pour la première fois?	<p>ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE CONNAIT PAS ÂGE 98</p>	
820	Est-ce qu'il arrive que quelqu'un fume à l'intérieur de votre domicile? Diriez-vous que cela arrive tous les jours, une fois par semaine, une fois par mois, moins d'une fois par mois ou jamais ?	<p>TOUS LES JOURS 1</p> <p>UNE FOIS PAR SEMAINE 2</p> <p>UNE FOIS PAR MOIS 3</p> <p>MOINS D'UNE FOIS PAR MOIS 4</p> <p>JAMAIS 5</p>	

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																					
821	Travaillez-vous actuellement en dehors de votre domicile ?	OUI 1 NON / NE TRAVAILLE PAS 2	→ 824																					
822	Travaillez-vous généralement à l'intérieur ou à l'extérieur?	À L'INTÉRIEUR 1 À L'EXTÉRIEUR 2 À L'INTÉRIEUR ET À L'EXTÉRIEUR 3	→ 824																					
823	Au cours des 30 derniers jours, quelqu'un a-t-il fumé à l'intérieur des locaux où vous travaillez?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																						
824	VÉRIFIEZ 808: FUME ACTUELLEMENT DU TABAC <input type="checkbox"/> ('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS') ↓	PAS DU TOUT <input type="checkbox"/>	→ 828																					
825	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous essayé d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2																						
826	Avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de santé au cours des 12 derniers mois?	OUI 1 NON 2	→ 828																					
827	Lors d'une consultation chez un médecin ou un autre professionnel de santé au cours des 12 derniers mois, vous-a-ton recommandé d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2																						
828	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des informations sur les méfaits de la cigarette ou des incitations à arrêter de fumer, diffusées dans les journaux ou les magazines?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																						
829	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des informations sur les méfaits de la cigarette ou des incitations à arrêter de fumer, diffusées à la télévision?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																						
830	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes?	OUI 1 NON 2 N'A VU AUCUN PAQUET DE CIGARETTES 8																						
831	VÉRIFIEZ 808: FUME ACTUELLEMENT DU TABAC <input type="checkbox"/> ('CHAQUE JOUR' OU 'CERTAINS JOURS') ↓	PAS DU TOUT <input type="checkbox"/>	→ 833																					
832	Au cours des 30 derniers jours, les mises en garde sanitaires sur les paquets de cigarettes vous ont-elles donné envie d'arrêter de fumer?	OUI 1 NON 2																						
833	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué des publicités sur les cigarettes ou des panneaux de promotion pour les cigarettes dans les lieux de vente?	OUI 1 NON 2																						
834	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous remarqué l'un des types de promotion suivants pour les cigarettes?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Échantillons gratuits de cigarettes?</td> <td style="text-align: center;">a) ÉCHANTILLONS GRATUIT ... 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>b) Rabais sur le prix des cigarettes?</td> <td style="text-align: center;">b) RABAIS 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>c) Bons de réduction pour des cigarettes?</td> <td style="text-align: center;">c) BONS DE RÉDUCTION 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>d) Cadeaux ou remise sur d'autres produits pour l'achat de cigarettes?</td> <td style="text-align: center;">d) CADEAUX OU REMISE SUR AUTRES PRODUITS 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>e) Vêtements ou autres articles portant le nom ou le logo d'une marque de cigarettes?</td> <td style="text-align: center;">e) VÊTEMENTS OU AUTRES ARTICLES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>f) Promotion pour les cigarettes par courrier?</td> <td style="text-align: center;">f) PROMOTION POUR CIGARETTES 1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	a) Échantillons gratuits de cigarettes?	a) ÉCHANTILLONS GRATUIT ... 1	2	b) Rabais sur le prix des cigarettes?	b) RABAIS 1	2	c) Bons de réduction pour des cigarettes?	c) BONS DE RÉDUCTION 1	2	d) Cadeaux ou remise sur d'autres produits pour l'achat de cigarettes?	d) CADEAUX OU REMISE SUR AUTRES PRODUITS 1	2	e) Vêtements ou autres articles portant le nom ou le logo d'une marque de cigarettes?	e) VÊTEMENTS OU AUTRES ARTICLES 1	2	f) Promotion pour les cigarettes par courrier?	f) PROMOTION POUR CIGARETTES 1	2	
	OUI	NON																						
a) Échantillons gratuits de cigarettes?	a) ÉCHANTILLONS GRATUIT ... 1	2																						
b) Rabais sur le prix des cigarettes?	b) RABAIS 1	2																						
c) Bons de réduction pour des cigarettes?	c) BONS DE RÉDUCTION 1	2																						
d) Cadeaux ou remise sur d'autres produits pour l'achat de cigarettes?	d) CADEAUX OU REMISE SUR AUTRES PRODUITS 1	2																						
e) Vêtements ou autres articles portant le nom ou le logo d'une marque de cigarettes?	e) VÊTEMENTS OU AUTRES ARTICLES 1	2																						
f) Promotion pour les cigarettes par courrier?	f) PROMOTION POUR CIGARETTES 1	2																						

SECTION 8. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																		
835	VÉRIFIEZ 811a) ET 812a): FUME ACTUELLEMENT DES CIGARETTES MANUFACTURÉES <input type="checkbox"/> ['811a)>0' OU 812a)>0'] ↓	811a) ET 812a) SONT TOUTES <input type="checkbox"/> LES DEUX '0' OU 'EN BLANC'	→ 838																		
836	La dernière fois que vous avez acheté des cigarettes/paquets de cigarettes ou cartouches de cigarette pour votre usage personnel, combien avez-vous acheté?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>QUANTITÉ</th> <th>NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CIGARETTES</td> <td>1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td>N/A</td> </tr> <tr> <td>PAQUETS</td> <td>2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>CARTOUCHES</td> <td>3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>AUTRES TYPES DE CARTONS</td> <td>6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> <td><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>.....</td> <td>998</td> </tr> </tbody> </table>		QUANTITÉ	NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON	CIGARETTES	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N/A	PAQUETS	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	CARTOUCHES	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	AUTRES TYPES DE CARTONS	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	NE SAIT PAS	998	
	QUANTITÉ	NOMBRE DE CIGARETTES PAR CARTON																			
CIGARETTES	1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N/A																			
PAQUETS	2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
CARTOUCHES	3 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
AUTRES TYPES DE CARTONS	6 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																			
NE SAIT PAS	998																			
837	Au total, combien avez-vous dépensé pour cet achat?	COÛT (EN FCFA) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998																			

SECTION 9. MALADIES NON TRANSMISSIBLES

No	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	Est-ce qu'un médecin ou du personnel de santé a déjà vérifié votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
902	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel santé vous a déjà dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	→ 906
903	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez une tension artérielle élevée ou de l'hypertension ?	OUI 1 NON 2	
904	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
905	Est-ce que vous prenez actuellement des médicaments pour contrôler votre tension artérielle ?	OUI 1 NON 2	
906	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé a déjà mesuré le niveau de sucre dans votre sang ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
907	Est-ce qu'un médecin ou un 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	→ 911
908	Dans les 12 derniers mois, est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a dit que vous aviez un niveau élevé de sucre dans le sang ou du diabète ?	OUI 1 NON 2	
909	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a prescrit des médicaments pour contrôler votre niveau de sucre ou de diabète ?	OUI 1 NON 2	
910	Est-ce que vous prenez des médicaments pour contrôler votre niveau élevé de sucre dans le sang ou votre diabète ?	OUI 1 NON 2	
911	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie cardiaque ou un problème cardiaque chronique ?	OUI 1 NON 2	
913	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	→ 915
914	Suivez-vous actuellement un traitement pour une maladie pulmonaire ou un problème pulmonaire chronique ?	OUI 1 NON 2	

915	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	→ 917
916	Suivez-vous actuellement un traitement pour un cancer ou une tumeur ?	OUI 1 NON 2	
917	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous faisiez une dépression ?	OUI 1 NON 2	→ 919
918	Suivez-vous actuellement un traitement pour dépression ?	OUI 1 NON 2	
919	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez de l'arthrite, c'est à dire une infection de l'articulation?	OUI 1 NON 2	→ 921
920	Suivez-vous actuellement un traitement pour l'arthrite ?	OUI 1 NON 2	
921	Est-ce qu'un médecin ou un autre professionnel de santé vous a déjà dit que vous aviez une autre maladie chronique, c'est à-dire une autre maladie de longue durée ?	OUI 1 <u>(SPÉCIFIEZ LA MALADIE CHRONIQUE)</u> NON 2	→ 1000
922	Suivez-vous actuellement un traitement pour (MALADIE CHRONIQUE À 921) ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																								
1000	<p>VÉRIFIEZ LA PAGE DE COUVERTURE: HOMME SÉLECTIONNÉ POUR LE MODULE RELATIONS DANS LE MÉN</p> <p align="center"> HOMME SÉLECTIONNÉ <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> POUR CETTE SECTION ↓ NON SÉLECTIONNÉ </p>		1033																																								
1001	<p>VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES: NE PAS CONTINUEZ TANT QUE VOUS N'ÊTES PAS CERTAINE D'ÊTRE EN PRIVÉ.</p> <p align="center"> VOUS ÊTES EN PRIVÉ 1 IMPOSSIBLE D'ÊTRE EN PRIVÉ 2 ↓ → </p>		1032																																								
1001A	<p>LISEZ À L'ENQUÊTÉ :</p> <p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions concernant certains autres aspects importants de la vie d'un homme. Vous allez trouver certaines de ces questions très personnelles. Cependant, vos réponses sont très importantes pour nous aider à connaître la condition des hommes au CAMEROUN. Je vous garantis que vos réponses resteront complètement confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. Je tiens aussi à vous assurer que personne d'autre que vous dans votre ménage ne saura que l'on vous a posé ces questions. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante.</p>																																										
1002	<p>VÉRIFIEZ 401 ET 402:</p> <p align="center"> ACTUELLEMENT EN UNION/ VIVANT AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> PRÉCÉDEMMENT EN UNION/ A VÉCU AVEC UNE FEMME (LISEZ AU PASSÉ ET UTILISEZ "DERNIÈRE" AVEC FEMME/PARTENAIRE) <input type="checkbox"/> JAMAIS EN UNION/ JAMAIS VÉCU AVEC UNE FEMME <input type="checkbox"/> </p>		1016																																								
1003	<p>Tout d'abord, je vais vous poser des questions sur des situations auxquelles certains hommes sont confrontés. Dites-moi, s'il vous plait, si les situations suivantes s'appliquent à vos relations avec votre (dernière) (femme/partenaire) ?</p> <p>a) Elle (est/était) jalouse ou en colère si vous (parlez/parliez) à d'autres femmes ?</p> <p>b) Elle vous (accuse/accusait) souvent d'être infidèle ?</p> <p>c) Elle ne vous (permet/permettait) pas de voir vos amis ?</p> <p>d) Elle (essaye/essayait) de limiter vos contacts avec votre famille ?</p> <p>e) Elle (insiste /insistait) pour savoir où vous (êtes/étiez) à tous moments ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> <td align="right">NSP</td> </tr> <tr> <td>JALOUX</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>ACCUSE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>VOIR AMIS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>VOIR FAMILLE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> <tr> <td>OÙ VOUS ÊTES</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>		OUI	NON	NSP	JALOUX	1	2	8	ACCUSE	1	2	8	VOIR AMIS	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 AMIS	1	2	8																																								
VOIR FAMILLE	1	2	8																																								
OÙ VOUS ÊTES	1	2	8																																								
1004	<p>Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur vos relations avec votre (dernière) (femme/partenaire).</p> <p>A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernière) (femme/partenaire) :</p> <p>a) Vous dise ou fasse quelque chose pour vous humilier devant d'autres personnes ?</p> <p>b) Vous menace de vous blesser ou de vous faire du mal, vous ou quelqu'un qui vous est proche ?</p> <p>c) Vous insulte ou vous rabaisse ?</p>	<p>B. Combien de fois cela est-il arrivé au cours des 12 derniers mois : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>SOUVENT</th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) OUI</td> <td align="right">1</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>b) OUI</td> <td align="right">1</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>c) OUI</td> <td align="right">1</td> <td align="center">→ 1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">3</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">2 ↓</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS					SOUVENT			a) OUI	1	→ 1	2	3	NON	2 ↓				b) OUI	1	→ 1	2	3	NON	2 ↓				c) OUI	1	→ 1	2	3	NON	2 ↓				
DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 TEMPS DERNIERS MOIS																																									
		SOUVENT																																									
a) OUI	1	→ 1	2	3																																							
NON	2 ↓																																										
b) OUI	1	→ 1	2	3																																							
NON	2 ↓																																										
c) OUI	1	→ 1	2	3																																							
NON	2 ↓																																										

SECTION 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																																																																								
1005	A. Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (dernière) (femme/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 ?																																																																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th colspan="3">TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS</th> </tr> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>SOUVENT</th> <th>DE TEMPS EN TEMPS</th> <th>PAS DU TOUT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) vous gifle ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec elle quand vous ne le vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>j) vous force en vous menaçant ou d'une autre manière à pratiquer des actes sexuels que vous ne vouliez pas ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS				OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT	a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3	b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3	c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3	d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3	e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3	f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3	g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3	h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec elle quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3	i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	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 ?	1	2	→ 1	2	3		
	DÉJÀ ARRIVÉ		TEMPS EN PAS DANS 12 MOIS																																																																								
	OUI	NON	SOUVENT	DE TEMPS EN TEMPS	PAS DU TOUT																																																																						
a) vous bouscule, secoue ou vous jette quelque chose ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
b) vous gifle ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
c) vous torde le bras ou vous tire les cheveux ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
d) vous frappe à coups de poings ou avec quelque chose qui pouvait vous blesser ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
e) vous donne des coups de pieds, vous traîne par terre ou vous batte ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
f) essaye de vous étrangler ou de vous brûler avec l'intention de le faire ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
g) vous menace ou vous attaque avec un couteau, un fusil ou une autre arme ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
h) vous force physiquement à avoir des rapports sexuels avec elle quand vous ne le vouliez pas ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
i) vous force physiquement à pratiquer d'autres actes sexuels que vous ne vouliez pas ?	1	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 ?	1	2	→ 1	2	3																																																																						
1006	VÉRIFIEZ 1005A (a-j): AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/> PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> → 1009																																																																										
1007	Combien de temps (après votre mariage/après avoir commencé à vivre) avec (dernière) (femme/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																																																																									
1008	Est-ce qu'à la suite d'actes commis envers vous par votre (dernière) (femme/partenaire), il vous est arrivé d'avoir : a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ? b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ? c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?	<table border="1"> <tbody> <tr> <td>a) des coupures, des hématomes ou des douleurs ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> <tr> <td>b) des hématomes aux yeux, des entorses, des luxations ou des brûlures ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> <tr> <td>c) des blessures profondes, des os cassés, des dents cassées ou d'autres blessures graves ?</td> <td>OUI 1</td> <td>NON 2</td> </tr> </tbody> </table>	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																																																																
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 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																				
1009	Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de battre, de gifler, de donner des coups de pied ou de faire quelque chose d'autre avec l'intention de blesser physiquement votre (dernière) (femme/partenaire) alors qu'elle ne vous battait pas et ne vous faisait pas de mal physiquement ?	OUI 1 NON 2	→ 1011																				
1010	Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de faire cela à votre (dernière) (femme/partenaire) : souvent, de temps en temps ou pas du tout ?	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3																					
1011	Est-ce que votre (dernière) (femme/partenaire) boit (buvait) de l'alcool ?	OUI 1 NON 2	→ 1013																				
1012	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																					
1013	Vous est-il arrivé d'avoir peur (d'avoir eu peur) de votre (dernière) (femme/partenaire) : de nombreuses fois, parfois ou jamais ?	DE NOMBREUSES FOIS 1 PARFOIS PEUR 2 JAMAIS PEUR 3																					
1014	VÉRIFIEZ 410: MARIÉE PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ MARIÉE SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS →		→ 1016																				
1015	A. Jusqu'ici, nous avons parlé du comportement de votre (actuelle/dernière) (femme/partenaire). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le comportement de votre ou d'une de vos (femme(s)/partenaire(s)) précédente(s) .	B. Il y a combien de temps que cela s'est produit ?																					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>DÉJÀ ARRIVÉ</th> <th>IL Y A 0-11 MOIS</th> <th>IL Y A 12 MOIS OU PLUS</th> <th>NE SE SOUVIENT PAS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>b) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>c) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente 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 ?</td> <td>OUI 1 NON 2 ↓</td> <td>→ 1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>		DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS	a) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	b) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	c) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente 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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3	
	DÉJÀ ARRIVÉ	IL Y A 0-11 MOIS	IL Y A 12 MOIS OU PLUS	NE SE SOUVIENT PAS																			
a) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous batte, vous gifle, vous donne des coups de pieds ou vous fasse quelque chose pour vous blesser physiquement ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
b) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente vous force physiquement à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer des actes sexuels contre votre volonté ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
c) Est-ce qu'il est arrivé qu'une (femme/partenaire) précédente 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 ?	OUI 1 NON 2 ↓	→ 1	2	3																			
1016	VÉRIFIEZ 401 ET 402: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ a) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un d'autre que (votre/une) (femme/partenaire) vous a battu, giflé, donné des coups de pieds ou fait quelque chose pour vous faire mal physiquement ?	JAMAIS MARIÉ/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ b) Depuis l'âge de 15 ans, est-ce que quelqu'un vous a battu, giflé ou donné des coups de pieds ou fait quelque chose d'autre pour vous faire mal physiquement ?	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3 → 1022																				

SECTION 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1017	<p>Qui vous a agressé de cette façon ?</p> <p>Quelqu'un d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	MÈRE/ FEMME DU PÈRE A PÈRE/ MARI DE LA MÈRE B SOEUR/FRÈRE C FILLE/FILS D AUTRE PARENT E PETITE AMIE ACTUELLE F PETITE AMIE PRÉCÉDEN ^T G BELLE-MÈRE H BEAU-PÈRE I AUTRE BEAU-PARENT J ENSEIGNANT K EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL L POLICE/MILITAIRE/GENDARME M AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1018	<p>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 ?</p>	SOUVENT 1 DE TEMPS EN TEMPS 2 PAS DU TOUT 3	
1022	<p>VÉRIFIEZ 401 ET 402:</p> <p>A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ/A DÉJÀ <input type="checkbox"/> JAMAIS MARIÉ/JAMAIS <input type="checkbox"/></p> <p>VÉCU AVEC UNE FEMME ↓ VÉCU AVEC UNE FEMME →</p>		→ 1022B
1022A	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur des choses qui ont pu vous être faites par quelqu'un d'autre que (votre/une) (femme/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 ?</p>	OUI 1 NON 2 A REFUSÉ DE RÉPONDRE/ PAS DE RÉPONSE 3	→ 1023 → 1024A

SECTION 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À
1022B	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	→ 1026
1023	Quelle est la personne qui vous a forcé la première fois que cela est arrivé?	FEMME/PARTENAIRE ACTUELLE 01 ANCIENNE FEMME/PARTENAIRE 02 PETITE AMIE ACTUELLE/ANCIEN 03 MÈRE/BELLE-MÈRE 04 SOEUR/BELLE-SOEUR 05 AUTRE PARENT 06 BEAU-PARENT 07 AMIE/RENCONTRE 08 AMIE DE LA FAMILLE 09 ENSEIGNANTE 10 EMPLOYEUR/QUELQU'UN AU TRAVAIL 11 POLICE/MILITAIRE/GENDARME 12 PRÊTRE/RELIGIEUSE 13 INCONNUE 14 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1024	VÉRIFIEZ 401 ET 402: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que quelqu'un, autre que (votre/une) femme/partenaire) vous a forcé physiquement à avoir des rapports sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉ/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ 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	→ 1025
1024A	VÉRIFIEZ 1005A (h-j), 1015A(b), 1022A ET 1022B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'	→ 1026
1025	VÉRIFIEZ 401 ET 402: A DÉJÀ ÉTÉ MARIÉ/ A DÉJÀ VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ a) Quel âge aviez-vous la première fois que quelqu'un, y compris (votre/une de vos) femme/partenaire, vous a forcé à avoir des rapports sexuels ou à pratiquer d'autres actes sexuels contre votre volonté ? JAMAIS MARIÉ/ JAMAIS VÉCU AVEC <input type="checkbox"/> UNE FEMME ↓ 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 10. RELATIONS DANS LE MÉNAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSEZ À																								
1026	VÉRIFIEZ 1005A (a-j), 1015A (a,b), 1016, 1022A ET 1022B: AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' ↓	PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> 'OUI'	→ 1030																								
1027	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	→ 1029																								
1028	Auprès de qui avez-vous recherché de l'aide ? Quelqu'un d'autre ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROPRE FAMILLE A FAMILLE DE LA FEMME/ PARTENAIRE B FEMME/ PARTENAIRE ACTUELLE/ANCIENNE C PETITE AMIE ACTUELLE /ANCIÉ D AMIE E VOISINE F RELIGIEUX G MÉDECIN/PERSONNEL SANTÉ H POLICE/MILITAIRE/GENDARME I JURISTE J SERVICE SOCIAL K AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	→ 1030																								
1029	Avez-vous parlé de cela à quelqu'un ?	OUI 1 NON 2																									
1030	Pour autant que vous le sachiez, votre père a-t-il déjà eu à battre votre mère ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																									
REMERCEZ L'ENQUÊTÉ DE SA COOPÉRATION ET RÉAFFIRMEZ-LUI QUE SES RÉPONSES RESTERONT CONFIDENTIELLES. COMPLÉTEZ LES QUESTIONS CI-DESSOUS CONCERNANT LE MODULE SUR LES RELATIONS DANS LE MÉNAGE SEULEMENT.																											
1031	AVEZ-VOUS DÛ INTERROMPRE L'INTERVIEW PARCE QU'UN ADULTE A ESSAYÉ D'ÉCOUTER, EST VENU DANS LA PIÈCE OU A ESSAYÉ D'INTERVENIR D'UNE AUTRE MANIÈRE ?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>OUI, PLUS</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1 FOIS</td> <td>D'UNE FOIS</td> <td></td> </tr> <tr> <td>ÉPOUSE/PARTENAIRE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRE FEMME</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>HOMME ADULTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </table>		OUI	OUI, PLUS	NON		1 FOIS	D'UNE FOIS		ÉPOUSE/PARTENAIRE ..	1	2	3	AUTRE FEMME				ADULTE	1	2	3	HOMME ADULTE	1	2	3	
	OUI	OUI, PLUS	NON																								
	1 FOIS	D'UNE FOIS																									
ÉPOUSE/PARTENAIRE ..	1	2	3																								
AUTRE FEMME																											
ADULTE	1	2	3																								
HOMME ADULTE	1	2	3																								
1032	COMMENTAIRES DE L'ENQUÊTRICE / SI L'ENQUÊTE SUR RELATIONS DANS LE MÉNAGE N'A PU ÊTRE MENÉE, DONNEZ LES RAISONS. _____ _____ _____																										
1033	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURE..... MINUTI.....	<table border="1"> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																				
<input type="text"/>	<input type="text"/>																										
<input type="text"/>	<input type="text"/>																										

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

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DU CONTRÔLEUR
