

IDENTIFICATION												
NOM DE LA LOCALITÉ _____												
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____												
NUMÉRO DE GRAPPE .....	GRAPPE	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NUMÉRO DU MÉNAGE.....	MÉNAGE	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
PROVINCE.....	PROVINCE											
COMMUNE .....	VIL./COM.	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2) .....	URBAIN/RURAL											
GRANDE VILLE/ AUTRE- VILLE/ RURAL..... (Ouagadougou =1, Autre-Ville =2, Rural =3)	RÉSIDENCE	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>										
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME .....												
<b>VÉRIFIER LA COUVERTURE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE:</b>				OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>								
EST-CE QUE LE TEST ANÉMIE/TEST DU VIH EST PRÉVU DANS CE MÉNAGE? (OUI=1, NON=2).....												
VISITES D'ENQUÊTRICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR MOIS ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>2</td><td>0</td><td>0</td><td>3</td></tr></table>					2	0	0	3
2	0	0	3									
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	NOM								
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT								
PROCHAINE VISITE :DATE	_____	_____		NBRE.TOTAL DE VISITES <input type="checkbox"/>								
HEURE	_____	_____										
*CODES RÉSULTAT:												
1	REPLI	4	REFUSÉ									
2	PAS À LA MAISON	5	REPLI PARTIELLEMENT	7								
3	DIFFÉRE	6	INCAPACITÉ	AUTRE _____ (PRÉCISER)								
LANGUE DU QUESTIONNAIRE.....				<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>			0	1				
0	1											
LANGUE DE L'INTERVIEW .....				<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
RECOURS A UN(E) INTERPRÈTE (OUI=1, NON=2).....				<table border="1" style="width: 50px; height: 20px;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>								
CODES LANGUES : Français=1, Moré=2, Dioula=3, Foulfouldé/Peul =4, Sénoufo =5, Autre=6.												
CONTRÔLEUSE		CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLE BUREAU								
NOM _____	<input type="checkbox"/>	NOM _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
DATE _____	<input type="checkbox"/>	DATE _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
				SAISI PAR								
				<input type="checkbox"/>								

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

INTRODUCTION ET CONSENTEMENT

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est \_\_\_\_\_ et je travaille pour l'INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET DE LA DÉMOGRAPHIE (INSD). Nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants). Ces informations seront utiles au gouvernement pour mettre en place des services de santé. L'entretien prend généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

La participation à cette enquête est volontaire et vous pouvez refuser de répondre à des questions particulières ou à toutes les questions. Nous espérons cependant que vous accepterez de participer à cette enquête car votre opinion est importante pour nous.

Avez-vous des questions sur l'enquête?  
Puis-je commencer l'entretien maintenant?

Signature de l'enquêtrice: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE DE RÉPONDRE ..... 1    L'ENQUÊTÉE REFUSE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS .... 2 → FIN

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES .....	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser des questions sur vous-même et sur votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à OUAGADOUGOU, dans une autre- ville, ou en milieu rural?	OUAGADOUGOU ..... 1 AUTRE-VILLE ..... 2 RURAL ..... 3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous (de façon continue) à (NOM DE LA VILLE/VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE)? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIRE '00' ANNÉE.	ANNÉES ..... TOUJOURS ..... 95 VISITEUR..... 96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu la plupart du temps à OUAGADOUGOU, dans une autre ville, ou en milieu rural?	OUAGADOUGOU ..... 1 AUTRE-VILLE ..... 2 RURAL ..... 3	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS ..... NSP MOIS ..... 98 ANNÉE ..... NSP ANNÉE ..... 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ...	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 111

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire 1 <sup>er</sup> cycle, secondaire 2 <sup>ème</sup> cycle ou supérieur?	PRIMAIRE ..... 1 SECONDAIRE 1 <sup>er</sup> CYCLE ..... 2 SECONDAIRE 2 <sup>ème</sup> CYCLE ..... 3 SUPÉRIEUR ..... 4	
109	Quelle est la dernière classe/année que vous avez achevée avec succès à ce niveau?  CODER « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 8 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE..... <input type="text"/>	
109A	VÉRIFIER 106:  AGÉE DE 24 ANS OU MOINS : <input type="text"/> ▼	AGÉE DE 25 ANS OU PLUS : <input type="text"/>	→ 110
109B	Est-ce que vous allez actuellement à l'école ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 110
109C	Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école ?	TOMBÉE ENCEINTE ..... 01 S'EST MARIÉE ..... 02 POUR GARDER ENFANTS + JEUNES . 03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AU CHAMP/TRAVAIL ..... 04 NE POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.. 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT ..... 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE ..... 07 ÉCHEC A L'ÉCOLE ..... 08 N'AIMAIT PLUS L'ÉCOLE ..... 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN .... 10  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	
110	VÉRIFIER 108: PRIMAIRE <input type="text"/> ▼	SECONDAIRE OU SUPÉRIEUR <input type="text"/>	→ 114
111	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase à voix haute; lisez-en le plus que vous pouvez.  MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE  SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE UNE PHRASE ENTIÈRE, INSISTER: Pouvez-vous me lire certaines parties de la phrase?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT ..... 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES..... 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE ..... 3 PAS DE CARTE DANS LANGUE QUI CONVIENT ..... 4 (PRÉCISER LANGUE)	
112	Avez-vous déjà participé à un programme d'alphabétisation ou à un autre programme qui comprenait l'apprentissage de la lecture et de l'écriture (non compris l'école primaire)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
113	VÉRIFIER 111: CODE '2', '3' OU '4' <input type="text"/> ENCERCLÉ ▼	CODE '1' ENCERCLÉ <input type="text"/>	→ 115
114	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
115	Écoutez-vous la radio pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
116	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR ..... 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE ..... 3 PAS DU TOUT ..... 4	
117	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE ..... 1 PROTESTANTE ..... 2 MUSULMANE ..... 3 TRADITIONNELLE/ANIMISTE ..... 4 SANS RELIGION/AUCUNE ..... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)	
118	Quelle est votre ethnie?	BOBO ..... 01 DIOULA ..... 02 FULFULDÉ/PEUL ..... 03 GOURMATCHÉ ..... 04 GOUROUNSI ..... 05 LOBI ..... 06 MOSSI ..... 07 SÉNOUFO ..... 08 TOUAREG/BELLA ..... 09  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NSP ..... 98	
119	Avez-vous déjà bu des boissons alcoolisées?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 124
120	Vous est-il déjà arrivé d'être ivre après avoir bu des boissons alcoolisées?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
121	Au cours des trois derniers mois, combien de jours avez-vous bu des boissons alcoolisées?	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS ..... 95	→ 124
122	VÉRIFIER 120:  OUI, A DÉJÀ ÉTÉ IVRE <input type="checkbox"/> NON, N'A JAMAIS ÉTÉ IVRE <input type="checkbox"/>		→ 124
123	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois vous est il arrivé d'être ivre?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> AUCUNE/JAMAIS ..... 95	
124	Au cours des 3 derniers mois, avez-vous eu une injection?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 201
125	Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous eu une injection?	NOMBRE D'INJECTIONS ..... <input type="text"/> CHAQUE JOUR ..... 95	
126	La dernière fois que vous avez eu une injection, qui a fait la piqûre ?	PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ..... 1 PHARMACIEN ..... 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		GUÉRISSEUR TRADITIONNEL..... 3 AMI/PARENT ..... 4 VOUS-MÊME..... 5 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)	

CODES Q.109

Q.108 : NIVEAU D'EDUCATION				
NIVEAU	PRIMAIRE = 1	SEC. 1 <sup>er</sup> CYCLE = 2	SEC. 2 <sup>e</sup> CYCLE = 3	SUPERIEUR = 4
0 = MOINS D'UNE ANNÉE ACHEVÉE				
CLASSE	CP1 = 1 CP2 = 2 CE1 = 3 CE2 = 4 CM1 = 5 CM2 = 6 NSP = 8	6 <sup>e</sup> me = 1 5 <sup>e</sup> me = 2 4 <sup>e</sup> me = 3 3 <sup>e</sup> me = 4 FPP = 5 NSP = 8	2nd = 1 1 <sup>ère</sup> = 2 Terminale = 3 FPB = 4 NSP = 8	1 <sup>ère</sup> année = 1 2 <sup>e</sup> me année = 2 3 <sup>e</sup> me année = 3 4 <sup>e</sup> me année = 4 5 <sup>e</sup> me année ou + = 5 NSP = 8

**SECTION 2: REPRODUCTION**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 206								
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 204								
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> FILLES À LA MAISON..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> FILLES AILLEURS ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER :       Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	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> 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 Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL ..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/>		→ 226								

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la 1<sup>ère</sup> naissance que vous avez eue.  
**NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.**

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y'avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (NAISS. SUIV.)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	
02	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
03	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	SIMP. ...1 MULT ...2	GAR ..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON .... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON ..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS ... 1 MOIS ..... 2 ANNÉES . 3	OUI ..... 1 NON ..... 2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI EN VIE:	220 SI DÉCÉDÉ:	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y'avait-il des jumeaux ?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUTIONNÉES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	NOTER N° DE LIGNE DE L'ENFANT DANS LA FEUILLE MÉNAGE (NOTER '00' SI ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE)	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANS.	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
09	SIMP...1 MULT...2	GAR..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ..... 2
10	SIMP...1 MULT...2	GAR..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ..... 2
11	SIMP...1 MULT...2	GAR..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ..... 2
12	SIMP...1 MULT...2	GAR..1 FILLE 2	MOIS ... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI ..... 1 NON.... 2 ↓ 220	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI..... 1 NON..... 2	N° DE LIGNE <input type="text"/> ↓ (ALLER À 221)	JOURS... 1 <input type="text"/> MOIS..... 2 <input type="text"/> ANNÉES . 3 <input type="text"/>	OUI..... 1 NON ..... 2

222	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?	OUI ..... 1 NON ..... 2
223	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTER ET CORRIGER)</p> <p>↓ VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1998. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.	<input type="text"/>
225	POUR CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998, INSCRIRE 'N' DANS LE MOIS DE NAISSANCE DU CALENDRIER. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDER LE NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIRE 'G' DANS CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE : LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ). INSCRIRE LE NOM DE L'ENFANT SUR LA GAUCHE DU CODE 'N'.	



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
226	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI ..... 1 NON ..... 2 PAS SÛRE ..... 8	→ 229
227	De combien de mois êtes-vous enceinte?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
228	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ ..... 1 PLUS TARD ..... 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT ..... 3	
229	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
230	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
231	VÉRIFIER 230: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 1998 OU PLUS TARD <input type="text"/> ▼ DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 1998 <input type="text"/>		→ 237
232	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée?  ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
234	DEMANDER LA DATE ET LA DURÉE DE GROSSESSE POUR CHAQUE GROSSESSE PRÉCÉDENTE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN REMONTANT JUSQU'EN JANVIER 1998.  INSCRIRE 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ CHAQUE GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.		
235	Avez-vous déjà eu une grossesse avant Janvier 1998 qui ne s'est pas terminée par une naissance vivante?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 237
236	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 1998?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

237	Quand vos dernières règles ont-elles commencé?  <hr/> (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... SEMAINES .....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... MOIS.....3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> IL Y A ... ANNÉES .....4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> EN MÉNopause/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE .....994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE RÈGLES .....996									
238	Entre la période des règles et les règles suivantes, y-a-t-il un moment où une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI .....1 NON.....2 NE SAIT PAS .....8	↗ 301								
239	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES .....1 PENDANT LES RÈGLES .....2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES.....3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES .....4  AUTRE .....6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....8									

### SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.  
**ENCERCLER CODE 1 À 301 POUR CHAQUE MÉTHODE CITÉE DE FAÇON SPONTANÉE. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301 EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE MÉTHODE NON CITÉE SPONTANÉMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA MÉTHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE MÉTHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301, POSER 302.**

301	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES MÉTHODES NON CITÉES SPONTANÉMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (MÉTHODE)?		302 Avez-vous déjà utilisé (MÉTHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une petite opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI ..... 1 NON ..... 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	Avez-vous eu un partenaire qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI ..... 1 NON ..... 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
04	DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus qui les empêche de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la face interne du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc ou en latex au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui en latex dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
10	MOUSSE OU GELÉE Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
12	RHYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI ..... 1 NON ..... 2 ▾	OUI ..... 1 NON ..... 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI ..... 1  _____ (PRÉCISER)  _____ (PRÉCISER) NON ..... 2	OUI ..... 1 NON ..... 2  OUI ..... 1 NON ..... 2

303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL <input type="checkbox"/> AU MOINS UN <input type="checkbox"/> 'OUI' <input type="checkbox"/> 'OUI' <input type="checkbox"/> (N'A JAMAIS UTILISÉ) ▼ (A DÉJÀ UTILISÉ)	→ 307
-----	--	-------

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
306	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301 SI NÉCESSAIRE).		
307	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte.  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là?  SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS ..... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
308	VÉRIFIER 302 (01):  FEMME NON STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> FEMME STÉRILISÉE <input type="checkbox"/> ▼		→ 311A
309	VÉRIFIER 226:  NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼		→ 329
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 329
311	Quelle méthode utilisez-vous?	STÉRILISATION FÉMININE ..... A STÉRILISATION MASCULINE ..... B PILULE ..... C DIU/STÉRILET ..... D INJECTIONS ..... E IMPLANTS ..... F CONDOM ..... G CONDOM FÉMININ ..... H DIAPHRAGME ..... I MOUSSE/GELÉE ..... J MAMA ..... K  CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... L RETRAIT ..... M  AUTRE ..... X (PRÉCISER)	→ 313 → 316A → 312D → 316A
311A	ENCERCLER 'A' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE. ENCERCLER 'B' POUR LA STÉRILISATION MASCULINE  SI PLUS D'UNE MÉTHODE MENTIONNÉE, SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE CORRESPONDANT À LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.		

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
312A	<p>Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment?</p> <p>SI LA BOÎTE EST MONTRÉE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT À LA MARQUE</p>	PILPLAN ..... 1 LOFEMENAL ..... 2 CONFIANCE ..... 3 EUGYNON ..... 4 OVRETTE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) BOÎTE NON MONTRÉE ..... 8	} → 312C
312B	<p>Connaissez-vous le nom de la marque de pilules que vous utilisez en ce moment?</p> <p>SI OUI: Quel est ce nom?</p>	PILPLAN ..... 1 LOFEMENAL ..... 2 CONFIANCE ..... 3 EUGYNON ..... 4 OVRETTE ..... 5  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM ..... 8	
312C	<p>Combien vous coûte une boîte de pilules?</p> <p>NOTER LE PRIX POUR 1 CYCLE/MOIS EN FCFA.</p>	PRIX EN FRANCS CFA ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT ..... 996 NE SAIT PAS ..... 998	} → 316A
312D	<p>Connaissez-vous le nom commercial de l'injection que vous avez eu la dernière fois?</p> <p>SI OUI: Quel est ce nom?</p>	NORISTERAT ..... 1 DEPOPROVERA ..... 2  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE NOM ..... 8	} → 316A
313	<p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN HOPITAL PRIVÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p> <p>SI LES CODES 'A' ET 'B' SONT ENCERCLÉS À 311, POSER 313-317 SUR LA STÉRILISATION FÉMININE SEULEMENT.</p>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 DISPENSAIRE ..... 13 POSTE MÉDICAL ..... 14  AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE/PRIVÉ ..... 21 MÉDECIN PRIVÉ ..... 23  AUTRE PRIVÉ MÉDICAL _____ 26 (PRÉCISER)  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	
314	<p>VÉRIFIER 311:</p> <p>CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>      CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/></p> <p>Avant votre stérilisation, vous a-t-on dit, qu'à cause de cette opération, vous ne pourriez pas avoir d'(autres) enfants?      Avant la stérilisation, a-t-on dit à votre mari/ partenaire, qu'a cause de l'opération, il ne pourrait pas avoir d'(autres) enfants?</p>	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
316	En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée?	MOIS..... ANNÉE.....	
316A	En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 <sup>ère</sup> MÉTHODE DE Q.311) de façon continue? INSISTER: En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (1 <sup>ère</sup> MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?		
316B	VÉRIFIER 316/316A, 215 ET 230:  S'IL Y'A EU À 215 UNE NAISSANCE OU À 230 UNE GROSSESSE TERMINÉE PAR UNE FAUSSE-COUCHE, UN AVORTEMENT OU UN MORT-NÉ APRÈS LE MOIS ET L'ANNÉE DU DÉBUT DE L'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 316/316A OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI: RETOURNER À 316/316A POUR CORRIGER, INSISTER POUR ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNÉE AU DÉBUT DE L'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (DATE DOIT SE SITUER APRÈS CELLE DE LA DERNIÈRE NAISSANCE OU DERNIÈRE GROSSESSE).		
317	VÉRIFIER 316/316A:  L'ANNÉE EST 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> L'ANNÉE EST 1997 OU AVANT <input type="checkbox"/>		→ 327
319	VÉRIFIER 311/311A:  ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:  SI PLUS D'UN CODE EN CERCLÉ À 311/311A, EN CERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES EN CERCLÉES À 311/311A.	STÉRILISATION FÉMININE..... 01 STÉRILISATION MASCULINE..... 02 PILULE ..... 03 DIU/STÉRILET ..... 04 INJECTIONS ..... 05 IMPLANTS ..... 06 CONDOM ..... 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE ..... 10 MAMA ..... 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12 RETRAIT ..... 13 AUTRE MÉTHODE..... 96	→ 322 → 331    → 320A → 331
320	Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE DE Q.319) quand vous avez commencé à l'utiliser?         SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET EN CERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ..... 12 DISPENSAIRE ..... 13 POSTE MÉDICAL ..... 14  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE DE PF/FISA ..... 25  AUTRE SOURCE AGENT DBC..... 31 BOUTIQUE..... 32 KIOSQUE ..... 33 ÉGLISE..... 34 PARENTS/AMIS..... 35  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)	→ 321

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
320A	<p>Où avez-vous appris à utiliser la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)?</p> <p>SI LA SOURCE EST L'HÔPITAL, UN CENTRE DE SANTÉ OU UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ ..... 12</p> <p>DISPENSARE ..... 13</p> <p>POSTE MÉDICAL ..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DBC ..... 31</p> <p>MEDIA SPOTS ..... 32</p> <p>BOUTIQUE ..... 33</p> <p>KIOSQUE ..... 34</p> <p>ÉGLISE ..... 35</p> <p>PARENTS/AMIS ..... 36</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p>	
321	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p>	<p>→ 328</p> <p>→ 325</p>
322	<p>Vous avez obtenu votre (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>À ce moment-là, vous- a -t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 324
323	<p>Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'effets secondaires ou de problèmes qui pourraient survenir à cause de l'utilisation de la méthode?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 325
324	<p>Vous a-t-on dit ce que vous deviez faire si vous ressentiez des effets secondaires ou si vous aviez des problèmes?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	
325	<p>VÉRIFIER 322:</p> <p>CODE '1' ENCERCLÉ</p> <p>CODE '1' NON ENCERCLÉ</p> <p>Quand vous avez obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) à (SOURCE DE LA MÉTHODE AUX Q. 313 OU 320).</p> <p>À ce moment-là, vous- a -t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p> <p>À ce moment-là, vous- a-t-on parlé d'autres méthodes que vous pouviez utiliser?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 327
326	<p>Vous a-t-il jamais été parlé par le personnel de la santé ou un agent de la planification familiale d'autres méthodes de contraception que vous pouviez utiliser?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
327	<p>VÉRIFIER 311/311A:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:</p> <p>SI PLUS D'UN CODE ENCLERCLÉ POUR UNE MÉTHODE À 311/311A, ENCLERCLER LE CODE DE LA PREMIÈRE DES MÉTHODES ENCLERCLÉES À 311/311A.</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU/STÉRILET ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE MÉTHODE..... 96</p>	<p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p> <p>—▶ 331</p>
328	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCLERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL ..... 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ..... 12</p> <p>DISPENSARE ..... 13</p> <p>POSTE MÉDICAL ..... 14</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA- MENTS ..... 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... 24</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... 25</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DBC..... 31</p> <p>BOUTIQUE..... 32</p> <p>KIOSQUE ..... 33</p> <p>ÉGLISE..... 34</p> <p>PARENTS/AMIS..... 35</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>—▶ 331</p>
329	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	<p>—▶ 331</p>
330	<p>Quel est cet endroit?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCLERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL .....A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ.....B</p> <p>DISPENSARE ..... C</p> <p>POSTE MÉDICAL ..... D</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ .....E</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ .....F</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICA- MENTS ..... G</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... H</p> <p>CENTRE DE PF/FISA ..... I</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>AGENT DBC..... J</p> <p>BOUTIQUE.....K</p> <p>KIOSQUE .....L</p> <p>ÉGLISE..... M</p> <p>PARENTS/AMIS..... N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
331	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu la visite d'un agent communautaire qui vous a parlé de planification familiale.?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
332	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un centre de santé pour recevoir des soins pour vous (ou pour vos enfants)?	OUI ..... 1 NON ..... 2	—► 401
333	Est-ce que quelqu'un du centre de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
333A	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, est-ce que vous avez trouvé les médicaments prescrits?	ENTIÈREMENT ..... 1 PARTIELLEMENT ..... 2 AUCUN ..... 3	
333B	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, comment avez-vous trouvé le prix des médicaments, cher, moyen ou bon marché?	CHER..... 1 MOYEN..... 2 ABORDABLE/BON MARCHÉ ..... 3	
333C	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, combien aviez-vous payé pour les médicaments (PRIX EN FCFA)?	FRANCS CFA..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> FCFA 99995 OU PLUS..... 99995 NE SAIT PAS..... 99998	
333D	La dernière fois, quand vous ou vos enfants, vous êtes allée au CSB, avez-vous pu payer vous-même les médicaments sans emprunter à un parent, ami ou voisin?	OUI ..... 1 NON ..... 2	

**SECTION 4A. GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT**

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1998 <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1998 <input type="checkbox"/>	→ 486	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).  Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 407) ← PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 407) ←	À CE MOMENT ..... 1 (PASSER À 423) ← PLUS TARD ..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 423) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998	MOIS ..... 1 <input type="text"/> ANNÉES..... 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE..... D  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y (PASSER À 415) ←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	

410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS ↓ (PASSER À 412)	PLUS D'UNE FOIS OU NSP ↓	
-----	--	---------------------------------	-----------------------------	--

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE																		
		NOM _____	NOM _____																		
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98																			
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois?  Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous donné un échantillon d'urine? Avez-vous donné du sang?	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>POIDS .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TAILLE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TENSION .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>URINE .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>SANG .....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	POIDS .....	1	2	TAILLE .....	1	2	TENSION .....	1	2	URINE .....	1	2	SANG .....	1	2	
	OUI	NON																			
POIDS .....	1	2																			
TAILLE .....	1	2																			
TENSION .....	1	2																			
URINE .....	1	2																			
SANG .....	1	2																			
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 415) ← NE SAIT PAS ..... 8																			
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																			
415	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire une injection qui évite des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 417) ← NE SAIT PAS ..... 8																			
416	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8																			
417	Durant cette grossesse, vous-a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer?  MONTRER COMPRIMÉ/SIROP.	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 419) ← NE SAIT PAS ..... 8																			
418	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris du fer, en comprimés ou en sirop? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 998																			
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																			

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____		NOM _____
420	Durant cette grossesse, avez-vous souffert de cécité crépusculaire [UTILISER NOM LOCAL?]	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8		
421	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 423) ← NE SAIT PAS..... 8		
422	Quel était ce médicament?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU, MONTRER À L'ENQUÊTÉE UN ÉCHANTILLON DE MÉDICAMENTS ANTIPALUDÉENS	FANSIDAR..... A CHLOROQUINE/NIVAQUINE ..... B AMODIAQUINE/FLAVOQUINE ..... C QUININE ..... D  MÉDICAMENT INCONNU ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER)		
422A	VERIFIER 422:  TYPE DE MEDICAMENT PRIS PENDANT LA GROSSESSE POUR ÉVITER LE PALUDISME	CODE "A" ENCERCLÉ  1 ↓	CODE "A" NON ENCERCLÉ  2 ↓ (PASSER A 423)	
422B	Combien de fois avez-vous pris le médicament FANSIDAR pendant cette grossesse ?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIS PAS LE NOMBRE DE FOIS, DEMANDER SI L'ENQUÊTÉE A PRIS LE MÉDICAMENT PENDANT TOUTE LA GROSSESSE OU DE TEMPS EN TEMPS, ENSUITE ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>  PENDANT TOUTE LA GROSSESSE ..... 93 DE TEMPS EN TEMPS ..... 94 NE SAIT PAS/NE SE SOUVIENT PAS..... 98		
422C	VERIFIER 407:  TYPE DE PERSONNEL AYANT DONNÉ LES SOINS PRÉNATALS PENDANT CETTE GROSSESSE	CODE "A", "B", "C" OU "D" ENCERCLÉ  1 ↓	AUTRE CODE ENCERCLÉ  2 ↓ (PASSER A 423)	
422D	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous obtenu le fansidar, la chloroquine/nivaquine, la flavoquine/amodiaquine ou la quinine au cours d'une visite prénatale, ou au cours d'une autre visite dans une formation sanitaire, ou d'une autre source ?	VISITE PRÉNATALE ..... 1 AUTRE VISITE MÉDICALE ..... 2 DÉCIDÉ PAR ENQUÊTÉE ELLE-MÊME SANS ORDON. .... 3  AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)		

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
423	Quand (NOM) est né(e), était-il/ elle: très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	TRÈS GROS ..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN ..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE ... 4 TRÈS PETIT ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
424	(NOM) a-t-il/ elle été pesé(e) à la naissance?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425AA) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 425AA) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8
425	Combien (NOM) pesait-il/ elle?  ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998	GRAMMES DU CARNET ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 99998
425AA	Est-ce que (NOM) a-t-il/elle un acte de naissance?  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 426) ◀-----  OUI, PAS VU ..... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE ..... 8	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 426) ◀-----  OUI, PAS VU ..... 2 PAS D'ACTE DE NAISSANCE ..... 8
425A	Est-ce que la naissance de (NOM) a été déclarée à l'état civil?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
426	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES.  SI L'ENQUÊTÉE DIT QUE "PERSONNE" NE L'A ASSISTÉ, INSISTER: Si une personne adulte était présente à l'accouchement.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... A INFIRMIÈRE/SAGE- FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... B  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE ..... C  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE ..... D  PARENTS/AMIS ..... E  AUTRE _____ X (PRÉCISER) PERSONNE ..... Y

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE								
		NOM _____	NOM _____								
427	Où avez-vous accouché de (NOM)?  S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL PUBLIC, D'UN CENTRE DE SANTÉ PUBLIC, D'UNE CLINIQUE PRIVÉE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ÉTABLISSEMENT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.  _____ (NOM DE L'ÉTABLISSEMENT)	DOMICILE VOTRE DOMICILE .....11 (PASSER À 429) ◀-----  AUTRE DOMICILE .....12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL.....21 CENTRE DE SANTÉ .....22  AUTRE PUBLIC _____26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____36 (PRÉCISER)  AUTRE _____96 (PRÉCISER)   (PASSER À 429) ◀-----	DOMICILE VOTRE DOMICILE .....11 (PASSER À 429) ◀-----  AUTRE DOMICILE .....12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .....21 CENTRE DE SANTÉ .....22  AUTRE PUBLIC _____26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____36 (PRÉCISER)  AUTRE _____96 (PRÉCISER)   (PASSER À 429) ◀-----								
428	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI..... 1 (PASSER À 433) ◀-----  NON ..... 2	OUI..... 1 (PASSER À 435) ◀-----  NON ..... 2								
429	Après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de la santé ou une sage-femme traditionnelle vous a examinée ?	OUI..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 433) ◀-----	OUI..... 1 (PASSER À 435) ◀-----  NON ..... 2								
430	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé  ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES APRÈS ACC 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS .....998									
431	Qui vous a examinée à ce moment-là?  INSISTER POUR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN ..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME/ASSISTANT MEDICAL ..... 12  AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMÉE .....21  ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMÉE .....31  AUTRE _____96 (PRÉCISER)									

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
432	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	DOMICILE VOTRE DOMICILE .....11 AUTRE DOMICILE .....12  SECTEUR PUBLIC HÔPITAL .....21 CENTRE DE SANTÉ .....22 DISPENSAIRE.....23  AUTRE PUBLIC _____26 (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ.....31 AUTRE PRIVÉ. MÉDICAL _____36 (PRÉCISER)  AUTRE _____96 (PRÉCISER)	
433	Dans les deux premiers mois qui ont suivi l'accouchement, avez-vous reçu une dose de vitamine A comme celle-ci?  MONTRER 'AMPOULE/GÉLULES/SIROP.	OUI.....1 NON .....2	
434	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER À 436) ◀ NON .....2 (PASSER À 437) ◀	
435	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM AVANT DERNIERE NAISSANCE) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON .....2 (PASSER À 439) ◀
436	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....98
437	VÉRIFIER 226: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> CEINTE ▼ (PASSER À 439) ◀	
438	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON .....2 (PASSER À 440) ◀	
439	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOURS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....998	JOURS .....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES .....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS .....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS.....998
440	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON .....2 (PASSER À 447) ◀	OUI.....1 NON .....2 (PASSER À 447) ◀

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
441	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT ..... 000  HEURES ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS ..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
442	Dans les 3 jours qui ont suivi la naissance et avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement, est-ce que (NOM) a bu quelque chose autre que le lait maternel?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 444) ←
443	Qu'est-ce qu'il avait été donné à boire à (NOM) avant que les seins de la mère commencent à produire du lait régulièrement ?	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS ..... H MIEL ..... I  AUTRE ..... X (SPÉCIFIER)	LAIT (AUTRE QUE LE LAIT MATERNEL) ..... A EAU ..... B EAU SUCRÉE OU AU GLUCOSE... C INFUSIONS CALMANTES POUR COLIQUES ..... D SOLUTION D'EAU SALÉE-SUCRÉE ..... E JUS DE FRUIT ..... F PRÉPARATION ARTIFICIELLE POUR BÉBÉ ..... G THÉ/INFUSIONS ..... H MIEL ..... I  AUTRE ..... X (SPÉCIFIER)
444	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ←	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 446) ←
445	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 448) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 448) ← NON ..... 2
446	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	MOIS ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98
447	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 450)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 454)
448	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>











		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
449	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée?  SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
449A	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de nourriture vous mangez depuis que vous avez commencé à allaiter (NOM).  Mangez-vous plus que d'habitude, comme d'habitude ou moins que d'habitude?	PLUS QUE D'HABITUDE ..... 1 COMME D'HABITUDE..... 2 MOINS QUE D'HABITUDE..... 3  NE SAIT PAS..... 8	PLUS QUE D'HABITUDE ..... 1 COMME D'HABITUDE..... 2 MOINS QUE D'HABITUDE..... 3  NE SAIT PAS..... 8
450	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8
451	Est-ce que du sucre a été ajouté à n'importe quel aliment ou liquide donné à (NOM), hier?	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS..... 8
452	Hier, durant le jour ou la nuit, combien de fois (NOM) a-t-il/elle été nourri (e) de purées ou d'aliments solides ou semi-solides? SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS..... 8	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>  NE SAIT PAS..... 8
453		RETOURNER À 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, PASSER À 454.	RETOURNER À 405 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, PASSER À 454.

**SECTION 4B. VACCINATION ET SANTÉ**

454	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS 1998. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
455	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
456	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLER À 456, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 484)	NOM _____  VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ ↓ (ALLER À 456, DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU SI PLUS DE NAISSANCES ALLER À 484)
457	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois? MONTRER L'AMPOULE/GÉLULE/SIROP.	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
458	Avez-vous un carnet de vaccination où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ?  SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plaît?	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE ..... 3	OUI, VU ..... 1 (PASSER À 460) ← OUI, PAS VU ..... 2 (PASSER À 462) ← PAS DE CARTE ..... 3
459	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI ..... 1 (PASSER À 462) ← NON ..... 2	OUI ..... 1 (PASSER À 462) ← NON ..... 2
460	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DE LA CARTE.  (2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.	JOUR MOIS ANNÉE  BCG ..... P0 ..... P1 ..... P2 ..... P3 ..... D1 ..... D2 ..... D3 ..... IM1 ..... IM2 ..... ROUG... F. J..... VIT. A....	JOUR MOIS ANNÉE  BCG ..... P0 ..... P1 ..... P2 ..... P3 ..... D1 ..... D2 ..... D3 ..... IM1 ..... IM2 ..... ROUG... F. J..... VIT. A....

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
461	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ← NON ..... 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 460) (PASSER À 464) ← NON ..... 2 (PASSER À 464) ← NE SAIT PAS ..... 8
462	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8
463	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
463A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
463B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463E) ← NE SAIT PAS ..... 8
463C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE ..... 1 PLUS TARD ..... 2
463D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite à la cuisse ou à la fesse donnée généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 463G) ← NE SAIT PAS ..... 8
463F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS ..... <input type="text"/>
463G	Une injection contre la rougeole?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
464	Est-ce que (NOM) a reçu certaines de ces vaccinations pendant ces deux dernières années au cours d'une journée nationale de vaccination?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 466) ← PAS DE VACCIN. DANS 2 DERNIÈRES ANNÉES ..... 3 (PASSER À 466) ← NE SAIT PAS ..... 8
465	Au cours de quelle journée nationale de vaccination, (NOM) a-t-il reçu ces vaccinations?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 ..... A 2 ..... B 3 ..... C 4 ..... D	NOM CAMPAGNE/ (TYPE/DATE) 1 ..... A 2 ..... B 3 ..... C 4 ..... D
466	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
467	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 469) ← NE SAIT PAS ..... 8
468	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
469	VÉRIFIER 466 ET 467: FIÈVRE OU TOUX?	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 467 <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
470	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux/fièvre?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472) ←	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 472) ←
471	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ GOUV. .... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ. _____ L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..N  AUTRE _____ X (PRÉCISER)	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A CENTRE SANTÉ GOUV. .... B POSTE SANTÉ GOUV. .... C CLINIQUE MOBILE ..... D AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRÉCISER)  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ ..... G PHARMACIE ..... H MÉDECIN PRIVÉ ..... I CLINIQUE MOBILE ..... J AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... K AUTRE MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISER)  AUTRE SOURCE BOUTIQUE ..... M GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..N  AUTRE _____ X (PRÉCISER)
472	VÉRIFIER 466: A EU DE LA FIÈVRE?	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 'NON'/'NSP' À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	'OUI' À 466 <input type="checkbox"/> 'NON'/'NSP' À 466 <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
472A	Est-ce que (NOM) a la fièvre maintenant?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
472B	Est-ce que (NOM) a eu des convulsions, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8
472C	VÉRIFIER 466 ET 472B: FIÈVRE OU CONVULSIONS?	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)	'OUI' À 466 OU 472B <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 475)
473	Est-ce que (NOM) a pris des médicaments contre la fièvre/les convulsions?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 474R) ← NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474	Quel médicament (NOM) a-t-il pris ?  NOTER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.  DEMANDER À VOIR LE MÉDICAMENT SI LE TYPE DE MÉDICAMENT N'EST PAS CONNU. SI LE TYPE DE MÉDICAMENT NE PEUT ÊTRE DÉTERMINÉ, MONTRER UN ANTIPALUDÉEN TYPIQUE À L'ENQUÊTÉE.	<b>MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN</b> FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE/NIVAQUINE ..... B AMODIAQUINE/FLAVOQUINE ..... C QUININE ..... D  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... E PANADOL ..... F IBUPROFEN/ACETAMINOPHEN ... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z		<b>MÉDICAMENT ANTIPALUDÉEN</b> FANSIDAR ..... A CHLOROQUINE/NIVAQUINE ..... B AMODIAQUINE/FLAVOQUINE ..... C QUININE ..... D  <b>AUTRES MÉDICAMENTS</b> ASPIRINE ..... E PANADOL ..... F IBUPROFEN/ACETAMINOPHEN ... G  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
474A	Est-ce que (NOM) a eu une injection ou suppositoire pour traiter la fièvre/les convulsions?	INJECTION ..... A SUPPOSITOIRE ..... B AUCUN ..... Y NE SAIT PAS ..... Z		INJECTION ..... A SUPPOSITOIRE ..... B AUCUN ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
474B	VÉRIFIER 474:  TYPE DE MÉDICAMENT?	CODE "A" ENCERCLÉ  	CODE "A" PAS ENCERCLÉ   (PASSER À 474F)	CODE "A" ENCERCLÉ  	CODE "A" PAS ENCERCLÉ   (PASSER À 474F)
474C	Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre le fansidar ?	MEME JOUR ..... 1 LE JOUR SUIVANT ..... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8		MEME JOUR ..... 1 LE JOUR SUIVANT ..... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
474D	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris le fansidar ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	
474E	Aviez-vous le fansidar à la maison, ou l'avez-vous obtenu de quelque part d'autre ?  SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER :  Où avez vous obtenu le fansidar la première fois ?	A LA MAISON ..... 1 SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2 COMMERCE ..... 3 AUTRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8		A LA MAISON ..... 1 SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2 COMMERCE ..... 3 AUTRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
474F	VÉRIFIER 474:  TYPE DE MÉDICAMENT?	CODE "B" ENCERCLÉ  	CODE "B" PAS ENCERCLÉ   (PASSER À 474J)	CODE "B" ENCERCLÉ  	CODE "B" PAS ENCERCLÉ   (PASSER À 474J)
474G	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il commencé à prendre la chloroquine ou la nivaquine ?	MEME JOUR ..... 1 LE JOUR SUIVANT ..... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8		MEME JOUR ..... 1 LE JOUR SUIVANT ..... 2 DEUX JOURS APRES ..... 3 TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	
474H	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la chloroquine ou la nivaquine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8		JOURS ..... <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE		AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
474I	Aviez-vous la chloroquine ou la nivaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenue de quelque part d'autre ?  SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la chloroquine ou la nivaquine la première fois ?	A LA MAISON ..... 1		A LA MAISON ..... 1	
		SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2		SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2	
		COMMERCE ..... 3		COMMERCE ..... 3	
		AUTRE ..... 4		AUTRE ..... 4	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	
474J	VÉRIFIER 474:  TYPE DE MÉDICAMENT?	CODE "C" ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼	CODE "C" PAS ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474N)	CODE "C" ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼	CODE "C" PAS ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474N)
474K	Combien de temps après le début de la fièvre/les convulsions, (NOM) a-t-il commencé à prendre la flavoquine ou l'amodiaquine ?	MEME JOUR ..... 1		MEME JOUR ..... 1	
		LE JOUR SUIVANT ..... 2		LE JOUR SUIVANT ..... 2	
		DEUX JOURS APRES ..... 3		DEUX JOURS APRES ..... 3	
		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	
474L	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la flavoquine ou l'amodiaquine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>		JOURS ..... <input type="text"/>	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	
474M	Aviez-vous la flavoquine ou l'amodiaquine à la maison, ou l'avez-vous obtenue de quelque part d'autre ?  SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la flavoquine ou l'amodiaquine la première fois ?	A LA MAISON ..... 1		A LA MAISON ..... 1	
		SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2		SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2	
		COMMERCE ..... 3		COMMERCE ..... 3	
		AUTRE ..... 4		AUTRE ..... 4	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	
474N	VÉRIFIER 474:  TYPE DE MÉDICAMENT?	CODE "D" ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼	CODE "D" PAS ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474R)	CODE "D" ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼	CODE "D" PAS ENCERCLÉ  <input type="checkbox"/> ▼ (PASSER À 474R)
474O	Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il commencé à prendre la quinine ?	MEME JOUR ..... 1		MEME JOUR ..... 1	
		LE JOUR SUIVANT ..... 2		LE JOUR SUIVANT ..... 2	
		DEUX JOURS APRES ..... 3		DEUX JOURS APRES ..... 3	
		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4		TROIS JOURS OU PLUS APRES LA FIEVRE ..... 4	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	
474P	Pendant combien de jours successifs (NOM) a-t-il pris la quinine ?  SI + DE 7 JOURS, ENREGISTRER '7'.	JOURS ..... <input type="text"/>		JOURS ..... <input type="text"/>	
		NE SAIT PAS ..... 8		NE SAIT PAS ..... 8	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
474Q	Aviez-vous la quinine à la maison, ou l'avez-vous obtenue de quelque part d'autre ? SI PLUS D'UNE SOURCE MENTIONNÉE, DEMANDER : Où avez vous obtenu la quinine la première fois ?	A LA MAISON ..... 1 SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2 COMMERCE ..... 3 AUTRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8	A LA MAISON ..... 1 SERVICE/PERSONNEL DE SANTÉ/PHARMACIE ..... 2 COMMERCE ..... 3 AUTRE ..... 4 NE SAIT PAS ..... 8
474R	Est-ce quelque chose d'autre a été fait pour traiter la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 475) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8
474S	Qu'est-ce qui a été fait pour la fièvre/les convulsions de (NOM) ?	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... A TAMPONÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES ..... B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES/ MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	CONSULTÉ GUÉRISSEUR TRADITIONNEL ..... A TAMPONÉ AVEC COMPRESSES HUMIDES ..... B DONNÉ DES PLANTES MÉDICINALES/ MÉDICAMENTS TRADITIONNELS ..... C AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z
475	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 483) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8
476	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude ?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 RIEN À BOIRE ..... 5 NE SAIT PAS ..... 8
477	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8	BEAUCOUP MOINS ..... 1 UN PEU MOINS ..... 2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ ..... 3 PLUS ..... 4 A STOPPÉ LA NOURRITURE ..... 5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER ..... 6 NE SAIT PAS ..... 8
478	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire? a Un liquide préparé à partir d'un sachet [NOM LOCAL DU SACHET DE SRO]? b Un liquide maison recommandé par le gouvernement?	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8 LIQUIDE MAISON..... 1 2 8	OUI NON NSP LIQUIDE SACHET SRO..... 1 2 8 LIQUIDE MAISON..... 1 2 8
479	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8	OUI ..... 1 NON ..... 2 (PASSER À 481) ◀-----  NE SAIT PAS ..... 8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
480	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP ..... A</p> <p>INJECTION ..... B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE..... C</p> <p>REMÈDES MAISON/PLANTES ..... D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>COMPRIMÉ OU SIROP ..... A</p> <p>INJECTION ..... B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE..... C</p> <p>REMÈDES MAISON/ PLANTES ..... D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
481	<p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 483) ◀</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>(PASSER À 483) ◀</p>
482	<p>Où avez-vous demandé un conseil ou recherché un traitement?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN 'HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE(S) CODE(S) APPROPRIÉ(S).</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUV..... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... D</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... J</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE..... M</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV..... B</p> <p>POSTE DE SANTÉ GOUV. .... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... D</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE ..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... J</p> <p>AGENT SANTÉ COMMUNAUT ... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MEDICAL _____ L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE ..... M</p> <p>GUÉRISSEUR TRADITIONNEL .. N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISER)</p>
483		<p>RETOURNER À 456 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.</p>	<p>RETOURNER À 456 DANS LA DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, PASSER À 484.</p>



NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER																								
484	VÉRIFIER 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS <u>VIVANTS</u> NÉS EN 1998 OU PLUS TARD  UN OU PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AUCUN <input type="checkbox"/> _____		→ 487																								
485	Que faites-vous généralement des excréments de votre (plus jeune) enfant quand il n'utilise pas de toilettes?	UTILISE TOUJOURS TOILETTES/ LATRINES .....01 JETTE DANS TOILETTES/LATRINES ...02 JETTE À L'EXTÉRIEUR DU LOGEMENT .....03 JETTE EN DEHORS DE LA COUR .....04 ENTERRE DANS LA COUR .....05 S'EN DÉBARRASSE EN LAVANT AVEC DE L'EAU .....06 UTILISE COUCHES JETABLES .....07 UTILISE COUCHES LAVABLES .....08 NE S'EN DÉBARRASSE PAS .....09  AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)																									
486	VÉRIFIER 478a TOUTES LES COLONNES:  AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/> _____		→ 488																								
487	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé [ORASEL OU AUTRE NOM LOCAL DU SACHET DE SRO] que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI .....1 NON .....2																									
488	VÉRIFIER 218:  A UN OU PLUSIEURS ENFANTS VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> _____		→ 490																								
489	Quand votre enfant/l'un de vos enfants est sérieusement malade, pouvez-vous, vous-même, décider qu'il soit traité médicalement?  SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND QU'AUCUN ENFANT N'A JAMAIS ÉTÉ SÉRIEUSEMENT MALADE, DEMANDER: Si votre enfant/l'un de vos enfants tombait sérieusement malade, pourriez-vous, vous-même, décider qu'il soit traité médicalement?	OUI .....1 NON .....2  CELA DÉPEND .....3																									
490	Maintenant, je voudrais vous poser des questions concernant des soins médicaux pour vous-même.  Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir des conseils ou des traitements médicaux pour elles-mêmes. Quand vous êtes malade et que vous voulez un conseil ou traitement médical, les questions suivantes constituent-t-elles, pour vous, un gros problème ou pas?  Savoir où aller. Obtenir la permission d'y aller. Obtenir l'argent nécessaire pour le traitement. Ne pas disposer d'un établissement de santé à proximité. Devoir prendre un moyen de transport. Ne pas vouloir s'y rendre seule. Souci qu'il n'y ait peut-être pas de personnel de santé de sexe féminin.	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">UN GROS PROBLÈME</th> <th style="text-align: center;">PAS UN GROS PROBLÈME</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>OÙ ALLER</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERMISSION</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ARGENT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>DISTANCE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>TRANSPORT</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>ALLER SEULE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>PERSON. FEM.</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		UN GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME	OÙ ALLER	1	2	PERMISSION	1	2	ARGENT	1	2	DISTANCE	1	2	TRANSPORT	1	2	ALLER SEULE	1	2	PERSON. FEM.	1	2	
	UN GROS PROBLÈME	PAS UN GROS PROBLÈME																									
OÙ ALLER	1	2																									
PERMISSION	1	2																									
ARGENT	1	2																									
DISTANCE	1	2																									
TRANSPORT	1	2																									
ALLER SEULE	1	2																									
PERSON. FEM.	1	2																									

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER
491	<p>VÉRIFIER 215 ET 218:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> A AU MOINS UN ENFANT NÉ EN 1998 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT NÉ EN 1998 OU PLUS  <input type="checkbox"/> TARD <input type="checkbox"/> ET VIVANT AVEC ELLE <input type="checkbox"/> ET VIVANT AVEC ELLE </p> <p style="text-align: center;"> ENREGISTRER LE NOM DE L'ENFANT LE PLUS JEUNE VIVANT AVEC ELLE (ET CONTINUER À 492)  _____  (NOM) </p>		→ 494
492	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle liquide<sup>1</sup> [NOM À Q. 491] a bu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle bu un ou des liquides suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES LIQUIDES BUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER:  Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle bu:</p> <p>a Eau?</p> <p>b Préparation artificielle pour bébé?</p> <p>c Tout autre type de lait, comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?</p> <p>d Jus de fruit?</p> <p>e Autres liquides?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.  SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p style="text-align: center;">7 DERNIERS JOURS</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p>
493	<p>Maintenant, je voudrais vous demander quelle nourriture [NOM À Q. 491] a reçu au cours des 7 derniers jours, y compris hier.</p> <p>Combien de jours, au cours des 7 derniers jours, [NOM À Q. 491] a-t-il/elle reçu un ou des aliments suivants?</p> <p>POUR CHACUN DES ALIMENTS REÇUS, AU MOINS UNE FOIS, DANS LES 7 DERNIERS JOURS, DEMANDER:  Au total, hier durant le jour ou la nuit combien de fois (NOM À Q. 491) a-t-il/elle reçu:</p> <p>a Aliments à base de céréales [ex: mil ou sorgho, maïs, riz, blé, bouillie, ou autres céréales locales]?</p> <p>b Citrouille, Igname ou courge rouge ou jaune, carottes ou patates douces rouges?</p> <p>c Autres aliments à base de tubercules [par ex: pommes de terre, igname blanche, manioc, cassava (farine de manioc), ou autre tubercules/racines locales?]</p> <p>d N'importe quel légume à feuilles vertes?</p> <p>e Mangue, papaye [ou autres fruits locaux riches en vitamine A]?</p> <p>f Tout autre fruit et légume [par ex: banane, pomme, haricots verts, avocat, tomate]?</p> <p>g Viande, volaille, poisson, coquillages, ou oeufs?</p> <p>h Autres aliments à base de légumes [par ex: lentilles, haricots, soja, légumineuses, ou arachides]?</p> <p>i Fromage ou yaourts?</p> <p>j Tout aliment préparé avec de l'huile, de la graisse ou de beurre?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, NOTER '7'.  SI NE SAIT PAS, NOTER '8'.</p>	<p style="text-align: center;">7 DERNIERS JOURS</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE JOURS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">HIER/ NUIT DERNIÈRE</p> <p style="text-align: center;">NOMBRE DE FOIS</p> <p>a <input type="text"/></p> <p>b <input type="text"/></p> <p>c <input type="text"/></p> <p>d <input type="text"/></p> <p>e <input type="text"/></p> <p>f <input type="text"/></p> <p>g <input type="text"/></p> <p>h <input type="text"/></p> <p>i <input type="text"/></p> <p>j <input type="text"/></p>

494	Avez-vous dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI .....1 NON .....2	
495	La dernière fois que vous avez préparé le repas pour votre famille, vous êtes-vous lavé les mains avant de commencer?	OUI .....1 NON .....2 N'A JAMAIS PRÉPARÉ DE REPAS .....3	
496	Fumez-vous actuellement des cigarettes ou du tabac? SI OUI: Que fumez-vous? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	OUI, CIGARETTES ..... A OUI, PIPE ..... B OUI, AUTRE TABAC ..... C NON ..... Y	
497	VÉRIFIER 496:  CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 'A' PAS ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>		→ 501
498	Dans les dernières 24 heures, combien de cigarettes avez-vous fumées?	CIGARETTES ..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE ..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME ..... 2 NON, PAS EN UNION ..... 3	→505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME ..... 2 NON ..... 3	→510 →514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE ..... 1 DIVORCÉE ..... 2 SÉPARÉE ..... 3	→510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE ..... 1 VIT AILLEURS ..... 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'.	NOM _____  No DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même?	OUI..... 1 NON ..... 2	→510
508	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS ..... 98	→510
509	Êtes-vous la première, seconde, .... femme?	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS ..... 1 PLUS D'UNE FOIS ..... 2	
511	VÉRIFIER 510:  MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS <input type="text"/> ↓ En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire?  MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="text"/> ↓ Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS LE MOIS ..... 98 ANNÉE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS L'ANNÉE ..... 9998	→514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui?	ÂGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes de la vie familiale?  Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez-eus)?	JAMAIS ..... 00 ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1ère FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE..... 95	→524
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels?  ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE EN ANNÉES.	NOMBRE DE JOURS ..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS ..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES ..... 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→524
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé?	OUI..... 1 NON ..... 2	→516F

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
516A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?	ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.... 1 ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2 ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3 N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRE ..... 4 PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5  AUTRE ..... 6 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 8	
516B	Connaissez-vous le nom de la marque de condom qui a été utilisé à cette occasion?  SI OUI: Quelle est cette marque?	PRUDENCE .....01 MOODS.....02 SANS MARQUE.....03  AUTRE .....96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....98	
516D	Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?	ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ ..... 1 PARTENAIRE A FOURNI .....2 QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI ..... 3	} ► 517
516E	Combien avez-vous payé pour les condoms?  ENREGISTRER LE PRIX DE 4 CONDOMS EN FCFA	PRIX 4 CONDOMS cfa.. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> CADEAU/GRATUIT ..... 9996	} ► 517
516F	Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé aux derniers rapports sexuels?	PAS L'HABITUDE ..... A REFUS DE PARTENAIRE ..... B N'AIME PAS LES CONDOMS ..... C ÇA REDUIT LE PLAISIR ..... D CONDOM SE DECHIRE..... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR .....F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE ..G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE .... H FIDELE A MON PARTENAIRE.....I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE .....J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF ..... K CONDOM COUTE TROP CHER.....L CONDOM PAS SOUS LA MAIN .....M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR..... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST..... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES ..... Q VEUT CONCEVOIR ..... S AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM .....Z	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
517	<p>Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels?</p> <p>SI "PETIT AMI/COPAIN " OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/copain/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '01' SI "NON", ENREGISTRER '02'</p>	<p>C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01</p> <p>C'EST MON PETIT AMI/COPAIN /FIANCÉ ..... 02</p> <p>C'EST UN AUTRE AMI/COPAIN ..... 03</p> <p>C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04</p> <p>C'EST UN PARENT ..... 05</p> <p>C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)</p>	→ 519
518	<p>Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p>	<p>JOURS ..... 1</p> <p>SEMAINES..... 2</p> <p>MOIS ..... 3</p> <p>ANNÉES ..... 4</p>	
519	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 524
520	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 520F
520A	<p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez utilisé un condom à cette occasion?</p>	<p>ENQUÊTÉE VEUT ÉVITER MST/SIDA.... 1</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER GROSSESSE ..... 2</p> <p>ENQ. VEUT ÉVITER À LA FOIS MST/SIDA ET GROSSESSE ..... 3</p> <p>N'AVAIT PAS CONFIANCE DANS PARTENAIRE /SOUPÇONNE PARTENAIRE D'AVOIR D'AUTRES PARTENAIRES ..... 4</p> <p>PARTENAIRE A DEMANDÉ/INSISTÉ..... 5</p> <p>AUTRE ..... 6 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	
520B	<p>Connaissez-vous le nom de la marque de condom qui a été utilisé à cette occasion?</p> <p>SI OUI: Quelle est cette marque?</p>	<p>PRUDENCE ..... 01</p> <p>MOODS..... 02</p> <p>SANS MARQUE..... 03</p> <p>AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... 98</p>	
520 D	<p>Vous êtes-vous procuré ces condoms ou est-ce votre partenaire qui les a fournis?</p>	<p>ENQUÊTÉE S'EST PROCURÉ ..... 1</p> <p>PARTENAIRE A FOURNI ..... 2</p> <p>QUELQU'UN D'AUTRE A FOURNI ..... 3</p>	→ 521
520E	<p>Combien avez-vous payé pour les condoms?</p> <p>ENREGISTRER LE PRIX DE 4 CONDOMS EN FCFA</p>	<p>PRIX 4 CONDOMS CFA..</p> <p>CADEAU/GRATUIT ..... 9996</p>	→ 521

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
520F	<p>Quelles sont les raisons principales pour lesquelles un condom n'a pas été utilisé lors des derniers rapports sexuels?</p>	PAS L'HABITUDE..... A REFUS DE PARTENAIRE ..... B N'AIME PAS LES CONDOMS ..... C ÇA REDUIT LE PLAISIR ..... D CONDOM SE DECHIRE..... E CONDOM DEGAGE UNE CERTAINE ODEUR ..... F CONDOM N'EST PAS BIEN LUBRIFIE .. G CONFIANCE EN MON PARTENAIRE .... H FIDELE A MON PARTENAIRE..... I PEUR QUE MON PARTENAIRE ME SOUPÇONNE ..... J NOUS AVONS UN AUTRE CONTRACEPTIF ..... K CONDOM COUTE TROP CHER..... L CONDOM PAS SOUS LA MAIN ..... M CONDOM ETAIT INTROUVABLE/ NOUS N'EN AVONS PAS PU OBTENIR..... N CONDOM EST ASSOCIE AUX IST..... O CONDOM EST ASSOCIE AU CONTACT AVEC LES PROSTITUEES ..... Q VEUT CONCEVOIR ..... S AUTRE ..... X (PRÉCISER) NE CONNAÎT PAS LE CONDOM..... Z									
521	<p>Quelle est votre relation avec cet autre homme?</p> <p>SI "PETIT AMI/COPAIN " OU "FIANCÉ", DEMANDER:</p> <p>Votre petit ami/copain/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui?</p> <p>SI "OUI", ENREGISTRER '01'            SI "NON", ENREGISTRER '02'</p>	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01 C'EST MON PETIT AMI/COPAIN /FIANCÉ ..... 02 C'EST UN AUTRE AMI/COPAIN ..... 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04 C'EST UN PARENT ..... 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	<p>→ 523</p>								
522	<p>Pour combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet autre homme?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p>	JOURS ..... 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> SEMAINES..... 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS..... 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> ANNÉES ..... 4 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois?</p>	NOMBRE DE PARTENAIREs .... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms?</p>	OUI..... 1 NON ..... 2	<p>→ 527</p>								

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE..... M</p> <p>ÉGLISE..... N</p> <p>AMIS/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
526	<p>Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8</p>	
527	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms féminins?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p>	→ 601
528	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, ÉCRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENTAL ..... A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ GOUV. .... B</p> <p>CLINIQUE PLANNING FAMILIAL ..... C</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... D</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... E</p> <p>AUTRE PUBLIC ..... F</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ/CLINIQUE..... G</p> <p>PHARMACIE ..... H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ ..... I</p> <p>CLINIQUE MOBILE ..... J</p> <p>AGENT DE TERRAIN..... K</p> <p>AUTRE PRIVÉ</p> <p>MÉDICAL ..... L</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE/KIOSQUE..... M</p> <p>ÉGLISE..... N</p> <p>AMIS/PARENTS ..... O</p> <p>AUTRE ..... X</p> <p>(PRÉCISER)</p>	
529	<p>Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un condom féminin?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON ..... 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8</p>	



**SECTION 6. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311/311A:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     LUI OU ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> _____                 </div> </div>		→ 614
602	VÉRIFIER 226:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼                      Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants du tout?                 </div> <div style="text-align: center;">                     ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼                      Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants du tout?                 </div> </div>	AVOIR (UN/UN AUTRE) ENFANT ..... 1 PAS D'AUTRES DU TOUT/AUCUN ..... 2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ..... 3 INDÉCISE/NE SAIT PAS: ET ENCEINTE ..... 4 ET PAS ENCEINTE/ PAS SÛRE ..... 5	→ 604 → 614 → 610 → 608
603	VÉRIFIER 226:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼                      Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant?                 </div> <div style="text-align: center;">                     ENCEINTE <input type="checkbox"/> ▼                      Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?                 </div> </div>	MOIS ..... 1 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> ANNÉES ..... 2 <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT ..... 993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE .. 994 APRÈS MARIAGE ..... 995 AUTRE _____ 996 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 998	→ 609 → 614 → 609
604	VÉRIFIER 226:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     ENCEINTE <input type="checkbox"/> _____                 </div> </div>		→ 610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     UTILISE AC- TUELLEMENT <input type="checkbox"/> _____                 </div> </div>		→ 608
606	VÉRIFIER 603:  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">                     NON POSÉE <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     24 MOIS OU PLUS OU 02 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> ▼                 </div> <div style="text-align: center;">                     00-23 MOIS OU 00-01 ANNÉE <input type="checkbox"/> _____                 </div> </div>		→ 610

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
607	<p>VÉRIFIER 602:</p> <p>VEUT UN/UN AUTRE ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>NE VEUT PAS D'(AUTRE) ENFANT <input type="checkbox"/></p> <p>Vous avez dit que, dans l'immédiat, vous ne voulez pas avoir (un/ un autre) enfant, mais vous n'utilisez pas de méthode pour éviter une grossesse. Pouvez-vous me dire pourquoi?</p> <p>Autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNÉES.</p>	<p>NON MARIÉE .....A</p> <p>RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS .....B</p> <p>RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... C</p> <p>MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE ..... D</p> <p>SOUS-FÉCONDE/STÉRILE .....E</p> <p>AMÉNORRHÉE POSTPARTUM..... F</p> <p>ALLAITEMENT ..... G</p> <p>FATALISTE ..... H</p> <p>OPPOSITION À L'UTILISATION</p> <p>ENQUÊTÉE OPPOSÉE .....I</p> <p>MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... J</p> <p>AUTRES PERSONNES OPPOSÉES ....K</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX ..... L</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... M</p> <p>CONNAÎT AUCUNE SOURCE..... N</p> <p>RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES</p> <p>PROBLÈMES DE SANTÉ ..... O</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES ...P</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... Q</p> <p>TROP CHER ..... R</p> <p>PAS PRATIQUE À UTILISER .....S</p> <p>INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NORMALES DU CORPS ..... T</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PAS ..... Z</p>	
608	<p>Dans les semaines qui viennent, si vous découvriez que vous êtes enceinte, cela serait-il un problème important, un petit problème ou cela ne vous poserait-il aucun problème?</p>	<p>PROBLÈME IMPORTANT ..... 1</p> <p>PETIT PROBLÈME .....2</p> <p>AUCUN PROBLÈME .....3</p> <p>DIT NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE/ NE PEUT PAS AVOIR DE RAPPORTS SEXUELS .....4</p>	
609	<p>VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE?</p> <p>NON POSÉE <input type="checkbox"/>      NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/>      OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		<p>→ 614</p>
610	<p>Pensez-vous que, dans un avenir proche ou lointain, vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse?</p>	<p>OUI ..... 1</p> <p>NON .....2</p> <p>NE SAIT PAS ..... 8</p>	<p>→ 612</p>
611	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>STÉRILISATION FÉMININE ..... 01</p> <p>STÉRILISATION MASCULINE ..... 02</p> <p>PILULE ..... 03</p> <p>DIU ..... 04</p> <p>INJECTIONS ..... 05</p> <p>IMPLANTS ..... 06</p> <p>CONDOM ..... 07</p> <p>CONDOM FÉMININ ..... 08</p> <p>DIAPHRAGME ..... 09</p> <p>MOUSSE/GELÉE ..... 10</p> <p>MAMA ..... 11</p> <p>CONTINENCE PÉRIODIQUE ..... 12</p> <p>RETRAIT ..... 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISER)</p> <p>PAS SÛRE/NE SAIT PAS ..... 98</p>	<p>→ 614</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode contraceptive dans un avenir proche ou lointain?	NON MARIÉE ..... 11 RAISONS LIÉES À LA FÉCONDITÉ PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS ..... 22 MÉNOPAUSE/HYSTÉRECTOMIE ..... 23 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE ..... 24 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE ..... 26 OPPOSITION À L'UTILISATION ENQUÊTÉE OPPOSÉE ..... 31 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ ..... 32 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES .. 33 INTERDITS RELIGIEUX ..... 34 MANQUE DE CONNAISSANCE CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE ..... 41 CONNAÎT AUCUNE SOURCE ..... 42 RAISONS LIÉES AUX MÉTHODES PROBLÈMES DE SANTÉ ..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES. 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN ..... 53 TROP CHER ..... 54 PAS PRATIQUE À UTILISER ..... 55 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS ..... 56 AUTRE ..... 96 (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... 98	→ 614
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
614	VÉRIFIER 216: A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="text"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir ? N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="text"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE ..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	→ 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GARÇONS FILLES N'IMPORT NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous approuvez ou que vous désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE ..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE ..... 3	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: À la radio? À la télévision? Dans des journaux ou magazines? Sur une affiches ? Dans un prospectus/brochure ? A une séance d'animation culturelle /éducative ? A l'école ?	OUI NON RADIO ..... 1 2 TÉLÉVISION ..... 1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES ..... 1 2 AFFICHE ..... 1 2 PROSPECTUS ..... 1 2 ANIMATION CULTURELLE ..... 1 2 A L'ÉCOLE ..... 1 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
618	<p>À votre avis, est-il admissible ou inadmissible de parler de planification familiale :</p> <p>À la radio ?  À la télévision?  Dans les journaux ou magazines?  Sur des affiches ?  Dans des prospectus/brochures ?  Dans les séances d'animation culturelle ou éducative ?  A l'école ?</p>	<table> <tr> <td></td> <td>ADMIS- SIBLE</td> <td>IN- ADMIS- SIBLE</td> </tr> <tr> <td>À LA RADIO .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À LA TV .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DANS LES JOURNAUX ...</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SUR DES AFFICHES .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DANS PROSPECTUS .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>ANIMATION CULT .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>A L'ECOLE .....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE	À LA RADIO .....	1	2	À LA TV .....	1	2	DANS LES JOURNAUX ...	1	2	SUR DES AFFICHES .....	1	2	DANS PROSPECTUS .....	1	2	ANIMATION CULT .....	1	2	A L'ECOLE .....	1	2	
	ADMIS- SIBLE	IN- ADMIS- SIBLE																									
À LA RADIO .....	1	2																									
À LA TV .....	1	2																									
DANS LES JOURNAUX ...	1	2																									
SUR DES AFFICHES .....	1	2																									
DANS PROSPECTUS .....	1	2																									
ANIMATION CULT .....	1	2																									
A L'ECOLE .....	1	2																									
619	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la pratique de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou voisines ou vos parents ou parentes?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 621																								
620	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MARI/PARTENAIRE ..... A MÈRE ..... B PÈRE ..... C SOEUR(S) ..... D FRÈRE(S) ..... E FILLE(S) ..... F FILS ..... G BELLE-MÈRE(S) ..... H AMI(E)S/VOISIN(E)S ..... I PERSONNEL DE SANTÉ ..... J PAIRS ÉDUCATEURS ..... K AUTRE _____ X (PRÉCISER)																									
621	VÉRIFIER 501: OUI, ACTUEL- LEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE ▼	OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ▼	NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION	→ 628																							
622	VÉRIFIER 311/311A: UN CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ▼	PAS DE CODE <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ		→ 624																							
623	Vous avez dit que vous utilisez actuellement une méthode de contraception. Voudriez-vous me dire que l'utilisation de cette méthode est principalement votre propre décision, ou celle de votre mari/partenaire, ou une décision commune de vous deux ?	DÉCISION DE L'ENQUÊTÉE ..... 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE ..... 2 DÉCISION COMMUNE ..... 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISER)																									
624	Maintenant, je voudrais vous demander au sujet des opinions de votre mari/ partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/ partenaire approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE ..... 1 DÉSAPPROUVE ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																									
625	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/ partenaire?	JAMAIS ..... 1 UNE OU DEUX FOIS ..... 2 PLUS SOUVENT ..... 3																									
626	VÉRIFIER 311/311A: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ ▼	LUI OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ		→ 628																							
627	Pensez-vous que votre mari/ partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE ..... 1 PLUS D'ENFANTS ..... 2 MOINS D'ENFANTS ..... 3 NE SAIT PAS ..... 8																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLER À
628	<p>Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est légitime qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand:</p> <p>Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible?</p> <p>Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes?</p> <p>Elle a accouché récemment?</p> <p>Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?</p>		<p style="text-align: right;">OUI NON NSP</p>		
	Elle sait que son mari a une maladie sexuellement transmissible?	IL A UNE MST .....	1 2 8		
	Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes?	AUTRES FEMMES.....	1 2 8		
	Elle a accouché récemment?	ACCOUCHE. RÉCENT .....	1 2 8		
	Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça?	FATIGUÉE/PAS HUMEUR....	1 2 8		

**SECTION 7. CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME**

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	VÉRIFIER 501 ET 502:  ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> _____  JAMAIS MARIÉE ET N'A JAMAIS VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> _____	→ 703 → 707
702	Quel âge a eu votre mari/ partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/> <input type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/ partenaire a fréquenté l'école?	OUI .....1 NON .....2	→ 706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire 1 <sup>er</sup> cycle, secondaire 2 <sup>ème</sup> cycle ou supérieur?	PRIMAIRE .....1 SECONDAIRE 1 <sup>er</sup> CYCLE .....2 SECONDAIRE 2 <sup>ème</sup> CYCLE .....3 SUPÉRIEUR .....4 NE SAIT PAS .....8	→ 706
705	Quelle est la dernière classe/année qu'il a achevée à ce niveau?  CODER « 0 » POUR MOINS D'UN AN ACHEVÉ ET « 8 » POUR NE SAIT PAS.	CLASSE/ANNÉE..... <input type="text"/>	
706	VÉRIFIER 701:  ACTUEL. MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>  Quelle est l'occupation de votre mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?	A ÉTÉ MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>  Quelle était l'occupation de votre (dernier) mari/ partenaire? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?  _____ <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI .....1 NON .....2	→ 710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres de la famille ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI .....1 NON .....2	→ 710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	OUI .....1 NON .....2	→ 719
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites- vous principalement?	_____ <input type="text"/> <input type="text"/> _____ _____	
711	VÉRIFIER 710:  TRAVAILLE DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/>	NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE <input type="checkbox"/> _____	→ 713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE .....1 TERRE DE LA FAMILLE .....2 TERRE LOUÉE .....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE .....4	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE .....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE .....2 À SON COMPTE .....3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
714	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	À LA MAISON .....1 LOIN DE LA MAISON .....2	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE .....1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE .....2 TEMPS EN TEMPS.....3	
716	Pour ce travail, gagnez-vous de l'argent uniquement, gagnez-vous de l'argent et en nature, gagnez-vous en nature seulement ou vous ne gagnez rien du tout?	ARGENT SEULEMENT .....1 ARGENT ET NATURE .....2 EN NATURE SEULEMENT.....3 PAS PAYÉE .....4	→ 719
717	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME .....1 MARI/PARTENAIRE .....2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE .....3 QUELQU'UN D'AUTRE .....4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE .....5	
718	En moyenne, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : presque rien, moins de la moitié, à peu près la moitié, plus de la moitié ou la totalité?	PRESQUE RIEN .....1 MOINS DE LA MOITIÉ.....2 À PEU PRÈS LA MOITIÉ .....3 PLUS DE LA MOITIÉ .....4 LA TOTALITÉ .....5 RIEN, TOUT SON REVENU EST GARDÉ.6	
719	Dans votre famille, qui a généralement le dernier mot dans les décisions suivantes:  Vos propres soins de santé? Les achats de choses importantes pour le ménage? Les achats pour les besoins quotidiens du ménage? Les visites à la famille ou aux parents? Quelle nourriture sera préparée chaque jour?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME = 1 MARI/PARTENAIRE = 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE, ENSEMBLE = 3 QUELQU'UN D'AUTRE = 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE, ENSEMBLE = 5 DÉCISION PAS PRISE/PAS APPLICABLE = 6  SOINS 1 2 3 4 5 6 CHO. IMP. 1 2 3 4 5 6 QUOTID. 1 2 3 4 5 6 VISITES 1 2 3 4 5 6 NOURRIT. 1 2 3 4 5 6	
720	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE MOMENT (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS, OU PAS PRÉSENTES)	PRÉS./ ÉCOUTE PRÉS./ ÉCOUTE PAS PAS PRÉS. ENFANTS <10 1 2 8 MARI 1 2 8 AUTRES HOMMES 1 2 8 AUTRES FEMMES 1 2 8	
721	Parfois un mari est contrarié ou en colère à cause de certaines choses que fait sa femme. À votre avis, est-il légitime qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes:  Si elle sort sans le lui dire? Si elle néglige les enfants? Si elle argumente avec lui? Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui? Si elle brûle la nourriture?	OUI NON NSP SORTIR 1 2 8 NÉGL. ENFANTS 1 2 8 ARGUMENTER 1 2 8 REFUSER SEX. 1 2 8 BRÛLER NOUR. 1 2 8	

**SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 817
802	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 809
803	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX. ....A UTILISER DES CONDOMS .....B LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIRE .....C LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS.....D ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES .....E ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRE...F ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELS .....G ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUES .....H ÉVITER TRANSFUSIONS SANG .....I ÉVITER INJECTIONS .....J ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES ..K ÉVITER D'EMBRASSER.....L ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUES .....M CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS.....N  AUTRE _____ W (PRÉCISER)  AUTRE _____ X (PRÉCISER) NE SAIT PAS ..... Z	
804	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel qui n'a aucun autre partenaire?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
805	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
806	Est-ce qu'on peut réduire ses risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
807	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA?	OUI ..... 1 NON..... 2	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant?	OUI ..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS ..... 8	→ 813
812	Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis:  Durant la grossesse? Durant l'accouchement? Durant l'allaitement?	OUI NON NSP DURANT GROSSESSE ..... 1 2 8 DURANT ACCOUCHEM..... 1 2 8 DURANT ALLAITEMENT ..... 1 2 8	



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
813	VÉRIFIER 501:  OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>  <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <span>NON, PAS EN UNION/ NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></span> </div>		→ 815
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari /la personne avec qui vous vivez ?	OUI ..... 1 NON..... 2	
815	Si une personne de votre famille devient infectée par le virus qui cause le SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non?	OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET ..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE ..... 8	
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage?	OUI ..... 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND ..... 8	
817	(Mis à part le SIDA), avez-vous entendu parler d'(autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel?	OUI ..... 1 NON..... 2	→ 901
818	Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une infection sexuellement transmissible?  Aucun autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES ..... A ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALE/..... B ÉCOULEMENT MALODORANT ..... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT ..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUE GÉNITALE ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS ..... K IMPUISSANCE ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔMES ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	
819	Chez une femme, quels sont les signes et symptômes qui vous feront penser qu'elle a une infection sexuellement transmissible?  Aucun autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	DOULEURS ABDOMINALES ..... A ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES ..... B PERTES MALODORANTES ..... C DOULEUR BRÛLANTE EN URINANT ..... D ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE ..... E GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE F PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL ..... G VERRUE GÉNITALE ..... H DÉMANGEAISONS GÉNITALES ..... I SANG DANS LES URINES ..... J PERTE DE POIDS ..... K DIFFICILE DE TOMBER ENCEINTE/ AVOIR UN ENFANT ..... L  AUTRE ..... W (PRÉCISER)  AUTRE ..... X (PRÉCISER)  PAS DE SYMPTÔMES ..... Y NE SAIT PAS ..... Z	→ 819B

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À															
819A	Si vous présentiez certains de ces symptômes, où iriez-vous pour avoir des conseils ou des soins?	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL ..... 11 CENTRE DE SANTÉ ..... 12 DISPENSAIRE ..... 13 POSTE MÉDICAL ..... 14  SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ CLINIQUE/HÔPITAL PRIVÉ ..... 21 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ ..... 22 PHARMACIE/DÉPÔT DE MÉDICAMENTS ..... 23 MÉDECIN PRIVÉ ..... 24 CENTRE DE PF/FISA ..... 25  AUTRE SOURCE AGENT DBC ..... 31 BOUTIQUE ..... 32 KIOSQUE ..... 33 ÉGLISE ..... 34 GUÉRISSEUR/TRADI-PRAT. .... 35 PARENTS/AMIS ..... 36  AUTRE ..... 96 (PRÉCISER)																
819B	VÉRIFIER 514:  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901															
819C	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois.  Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une maladie sexuellement transmissible?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																
819D	Parfois, les femmes peuvent avoir des pertes vaginales.  Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																
819E	Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital?  Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital?	OUI ..... 1 NON ..... 2 NE SAIT PAS ..... 8																
819F	VÉRIFIEZ 819C, 819D, 819E:  A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/> N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/>		→ 901															
819G	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), avez-vous recherché un conseil ou un traitement?	OUI ..... 1 NON ..... 2	→ 819I															
819H	La dernière fois que vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....  Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital? Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel? Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie? Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital?	1	2	Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel?	1	2	Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie?	1	2	Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	1	2	
	OUI	NON																
Recherché conseil auprès de personnel de la santé dans une clinique ou un hôpital?	1	2																
Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel?	1	2																
Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique ou dans une pharmacie?	1	2																
Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?	1	2																
819I	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E), en avez vous informé la/ les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI ..... 1 NON ..... 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES ..... 3																

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À												
819J	Quand vous avez eu (INFECTION DE 819C, 819D, 819E) avez vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI ..... 1 NON..... 2 PARTENAIRE DÉJÀ INFECTÉ ..... 3	] ↓ ► 901												
819K	Qu'avez vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez vous....  Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	<table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;"></th> <th style="width: 25%;">OUI</th> <th style="width: 25%;">NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Arrêté les rapports sexuels?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>Pris des médicaments?</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	Arrêté les rapports sexuels?	1	2	Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	1	2	Pris des médicaments?	1	2	
	OUI	NON													
Arrêté les rapports sexuels?	1	2													
Utilisé un condom pendant les rapports sexuels?	1	2													
Pris des médicaments?	1	2													

**SECTION 9 : MORTALITÉ**

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES						ALLER À
901	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire sur tous les enfants nés de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. À combien d'enfants votre propre mère a-t-elle donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MÈRE NATURELLE... <input type="text"/>						
902	VÉRIFIER 901 : DEUX NAISSANCES OU PLUS: <input type="text"/> ↓	UNE SEULE NAISSANCE (L'ENQUÊTÉE) : <input type="text"/>						→1001
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/>						
904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (ou suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ..... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [2] ↓	OUI ..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [3] ↓	OUI..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [4] ↓	OUI ..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [5] ↓	OUI ..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [6] ↓	OUI ..... 1 NON ..... 2 908 ↓ NSP ..... 8 [7] ↓	
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		ALLER A [2]	ALLER A [3]	ALLER A [4]	ALLER A [5]	ALLER A [6]	ALLER A [7]	
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/ elle est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
		ALLER À [2]	ALLER À [3]	ALLER À [4]	ALLER À [5]	ALLER À [6]	ALLER À [7]	
<b>S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRES OU DE SOEURS, ALLER À 1001</b>								

904	Quel nom a été donné à votre frère ou sœur le plus âgé (celui suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN ...1 FÉMININ .....2	MASCULIN... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ ..... 2	MASCULIN ... 1 FÉMININ .....2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN ...1 FÉMININ .....2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON .....2 908 ↙ NSP.....8 [8] ↘	OUI..... 1 NON ..... 2 908 ↙ NSP ..... 8 [9] ↘	OUI ..... 1 NON..... 2 908 ↙ NSP ..... 8 [10] ↘	OUI ..... 1 NON.....2 908 ↙ NSP ..... 8 [11] ↘	OUI ..... 1 NON ..... 2 908 ↙ NSP ..... 8 [12] ↘	OUI.....1 NON .....2 908 ↙ NSP.....8 [13] ↘
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> ALLER A [8]	<input type="text"/> ALLER A [9]	<input type="text"/> ALLER A [10]	<input type="text"/> ALLER A [11]	<input type="text"/> ALLER A [12]	<input type="text"/> ALLER A [13]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé(e)?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> ALLER A [8]	<input type="text"/> ALLER A [9]	<input type="text"/> ALLER A [10]	<input type="text"/> ALLER A [11]	<input type="text"/> ALLER A [12]	<input type="text"/> ALLER A [13]
<b>S'IL N'Y A PLUS DE FRÈRES OU DE SOEURS, ALLER À 1001</b>							

## SECTION 10 : EXCISION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
1001	Je voudrais maintenant vous entretenir sur un sujet relatif à la santé de la femme. Avez-vous entendu parler de l'excision?	OUI .....1 NON .....2	→ 1003
1002	Dans certaines sociétés, ou certains pays dont le Burkina Faso, il existe une pratique qui consiste à couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous entendu parler de cette pratique?	OUI .....1 NON .....2	→ 1025
1003	Avez-vous été excisée?	OUI .....1 NON .....2	→ 1009
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on coupé quelque chair dans la zone génitale?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	→ 1006
1005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans enlever de chair?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
1006	Lors de votre excision, vous a-t-on fermé, totalement la zone du vagin par une couture?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
1007	Quel âge avez-vous au moment de votre excision? SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE .....95 NE SAIT PAS .....98	
1008	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADI .....11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD..12  AUTRE TRADITIONNEL .....16 (PRÉCISER)  PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....22  AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ .....26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....98	
1009	VÉRIFIER 214 ET 216:  A AU MOINS UNE <input type="checkbox"/> N'A PAS DE <input type="checkbox"/> FILLE VIVANTE                      FILLE VIVANTE		→ 1019
1010	Est-ce que certaines de vos filles ont subi l'excision ? SI OUI: Combien?	NOMBRE D'EXCISÉES ..... <input type="text"/> AUCUNE FILLE EXCISÉE .....95	→ 1018
1011	Sur laquelle de vos filles, a-t-on procédé récemment à l'excision?  _____ (NOM DE LA FILLE) ENQUÊTRICE: VÉRIFIER 212 ET ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE POUR LA FILLE	NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE À Q212 ..... <input type="text"/>	
1012	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE À Q.1011) à ce moment-là. A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	→ 1014
1013	A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans enlever de chair?	OUI .....1 NON .....2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
		NE SAIT PAS .....8	
1014	Lors de son excision, lui a-t-on fermé, totalement la zone du vagin par une couture?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
1015	Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.1011) au moment de l'excision?  SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAÎT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input type="text"/> PENDANT L'ENFANCE .....95 NE SAIT PAS .....98	
1016	Qui a procédé à l'excision de votre fille?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADI .....11 MATRONE/ACCOUCHEUSE TRAD..12  AUTRE TRADITIONNEL .....16 (PRÉCISER)  PROFESSIONNELS DE SANTÉ MÉDECIN .....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.....22  AUTRE PROFESSIONNEL DE SANTÉ .....26 (PRÉCISER) NE SAIT PAS .....98	
1017	Est-ce qu'il s'est produit au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.1011) l'un des problèmes suivants : Saignement excessif? Difficulté pour uriner ou rétention d'uriner? Enflure/gonflement dans la zone génitale? Infection dans la zone génitale? / blessure pas cicatrisée correctement?	OUI NON NSP  SAIGNEMENT EXCESSIF .....1 2 8 DIF. À URINER /RÉT. URINE .....1 2 8 ENFLURE/GONFLEMENT .....1 2 8 INFECTION/MAUV. CICAT .....1 2 8	► 1019
1018	Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles?	OUI .....1 NON .....2 NE SAIT PAS .....8	
1019	Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée?  INSISTER: d'autres avantages?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MEILLEURE HYGIÈNE ..... A RECONNAISSANCE SOCIALE ..... B MEILLEURE CHANCE MARIAGE ..... C PRÉSERVATION VIRGINITÉ/ PRÉVIENT RAPPORTS SEXUELS AVANT MARIAGE.. D PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... E NÉCESSITÉ RELIGIEUSE ..... F  AUTRE ..... X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE ..... Y	
1020	Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées?  INSISTER: rien d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ ..... A ÉVITE LA SOUFFRANCE ..... B DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR ELLE-MÊME ..... C DAVANTAGE DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME ..... D ACCORD AVEC LA RELIGION ..... E  AUTRE ..... X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE ..... Y	
1021	Pensez-vous que la pratique de l'excision est un moyen d'éviter que les filles aient des rapports sexuels avant le mariage ou pensez-vous, au contraire, que cette pratique n'a aucun effet?	PRÉVIENT RAPPORTS SEXUELS AVANT MARIAGE .....1 AUCUN EFFET .....2 NE SAIT PAS .....8	
1022	Pensez-vous que le recours à la pratique de l'excision est exigée par	OUI .....1	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
	votre religion?	NON .....2 NE SAIT PAS .....8									
1023	Pensez-vous que la pratique de l'excision doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître?	MAINTENUE .....1 DISPARAÎTRE .....2 CELA DÉPEND .....3 NE SAIT PAS .....8									
1024	Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que la pratique de l'excision soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon?	CONSERVÉE .....1 ABANDONNÉE .....2 CELA DÉPEND .....3 NE SAIT PAS .....8									
1024A	Pensez-vous qu'il existe une loi au Burkina qui interdit la pratique de l'excision?	OUI .....1 NON .....2									
1025	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... <table border="1" data-bbox="1238 629 1350 674"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table> MINUTES..... <table border="1" data-bbox="1238 685 1350 730"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>									



INSTRUCTIONS :  
UN SEUL CODE DOIT FIGURER PAR CASE.

NAISSANCES ET GROSSESSES  
N NAISSANCE  
G GROSSESSE  
F FIN DE GROSSESSE

12 DÉC	01
11 NOV	02
10 OCT	03
09 SEP	04
2 08 AOUT	05
0 07 JUIL	06
0 06 JUIN	07
3 05 MAI	08
04 AVR	09
03 MARS	10
02 FÉV	11
01 JAN	12

12 DÉC	13
11 NOV	14
10 OCT	15
09 SEP	16
2 08 AOUT	17
0 07 JUIL	18
0 06 JUIN	19
2 05 MAI	20
04 AVR	21
03 MARS	22
02 FÉV	23
01 JAN	24

12 DÉC	25
11 NOV	26
10 OCT	27
09 SEP	28
2 08 AOUT	29
0 07 JUIL	30
0 06 JUIN	31
1 05 MAI	32
04 AVR	33
03 MARS	34
02 FÉV	35
01 JAN	36

12 DÉC	37
11 NOV	38
10 OCT	39
09 SEP	40
2 08 AOUT	41
0 07 JUIL	42
0 06 JUIN	43
0 05 MAI	44
04 AVR	45
03 MARS	46
02 FÉV	47
01 JAN	48

12 DÉC	49
11 NOV	50
10 OCT	51
09 SEP	52
1 08 AOUT	53
9 07 JUIL	54
9 06 JUIN	55
9 05 MAI	56
04 AVR	57
03 MARS	58
02 FÉV	59
01 JAN	60

FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE  
PAR UNE NAISSANCE VIVANTE AVANT JANVIER 1998

S'IL N'Y A PAS EU DE GROSSESSE PRÉCÉDENTE DE CE GENRE,  
ENREGISTRER '00' POUR LE MOIS ET '0000' POUR L'ANNÉE

MOIS .....  
ANNÉE .....

12 DÉC	61
11 NOV	62
10 OCT	63
09 SEP	64
1 08 AOUT	65
9 07 JUIL	66
9 06 JUIN	67
8 05 MAI	68
04 AVR	69
03 MARS	70
02 FÉV	71
01 JAN	72

**OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE**

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

---

---

---

---

---

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

---

---

---

---

---

AUTRES COMMENTAIRES :

---

---

---

---

---

**OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE**

---

---

---

---

---

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

**OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE**

---

---

---

---

---

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

