

ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ
 QUESTIONNAIRE STANDARD FEMME

[NOM DU PAYS]
 [NOM DE L'ORGANISATION]

IDENTIFICATION (1)				
NOM DE LA LOCALITÉ _____				
NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____				
NUMÉRO DE GRAPPE				<input type="text"/>
NUMÉRO DE MÉNAGE				<input type="text"/>
NOM ET NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEMME _____				
VISITES D'ENQUÊTRICES				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <input type="text"/>
				MOIS <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUÊTRICE	_____	_____	_____	ANNÉE N° ENQUÊTÉE <input type="text"/>
RÉSULTAT*	_____	_____	_____	RÉSULTAT* <input type="text"/>
PROCHAIN DATE VISITE	_____	_____		NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
HEURE	_____	_____		
*CODES RÉSULTAT : 1 COMPLÉTÉ 4 REFUSÉ 5 PARTIELLEMENT COMPLÉTÉ 7 AUTRE _____ PRÉCISEZ 2 PAS À LA MAISON 6 INCAPACITÉ				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** <input type="text"/> <input type="text"/> LANGUE DE L'INTERVIEW** <input type="text"/> <input type="text"/> LANGUE MATERNELLE DE L'ENQUÊTÉE** <input type="text"/> <input type="text"/> INTERPRÈTE (OUI = 1, NON = 2) <input type="text"/>				
LANGUE DU QUESTIONNAIRE** FRANÇAIS **CODES LANGUES : 01 FRANÇAIS 03 LANGUAGE 3 05 LANGUAGE 5 02 LANGUAGE 2 04 LANGUAGE 4 06 LANGUAGE 6				
ÉQUIPE	CHEF D'ÉQUIPE		CONTRÔLEUR CAPI (2)	
<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>
NUMÉRO	NOM	NUMÉRO	NOM	NUMÉRO

(1) Cette section doit être adaptée selon le plan de l'enquête spécifique au pays.

(2) Supprimer la section pour enregistrer le nom et le numéro d'identification du contrôleur de CAPI si l'enquête n'a pas de contrôleurs de CAPI différents des chefs d'équipes.

Note: Les questions surlignées dans la colonne du numéro des questions peuvent être supprimées dans certaines circonstances (voir notes de bas de page). Les crochets [] indiquent les éléments qui doivent être adaptés sur la base de chaque pays.

PRÉSENTATION ET DEMANDE DE CONSENTEMENT

(1)

Bonjour. Je m'appelle _____. Je travaille pour [NOM DE L'ORGANISATION]. Nous effectuons une enquête nationale sur la santé et sur d'autres sujets partout [NOM DU PAYS]. Les informations que nous collectons aideront votre gouvernement à améliorer les services de santé. Votre ménage a été sélectionné pour cette enquête. Les questions prennent habituellement entre 30 et 60 minutes. Toutes les informations que vous nous donnerez sont strictement confidentielles et elles ne seront transmises à personne d'autre que les membres de l'équipe d'enquête. Vous n'êtes pas obligée de participer à cette enquête mais nous espérons que vous accepterez de répondre à nos questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

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

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE _____ DATE _____

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

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

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
101	INSCRIVEZ L'HEURE.	HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
102	Dans quelle/quel [PROVINCE, RÉGION, ÉTAT] êtes-vous née ?	[PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 01 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 02 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 03 À L'EXTERIEUR DU [PAYS] 96	→ 104
103	Dans quel pays êtes-vous née ?	PAYS <input type="text"/>	
104	Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE.	ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96	→ 110
105	VÉRIFIEZ 104 : 00 - 04 ANS <input type="checkbox"/> 05 ANS <input type="checkbox"/> OU PLUS		→ 107
106	En quel mois et en quelle année avez-vous emménagé ici ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
107	Juste avant d'emménager ici, dans quel/quelle [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] viviez-vous ?	[PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 01 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 02 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 03 EN DEHORS DU [PAYS] 96	
108	Juste avant d'emménager ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ?	VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
109 (2)	Pourquoi avez-vous déménagé dans cet endroit ?	EMPLOI 01 ÉDUCATION/FORMATION 02 MARIAGE 03 RÉUNIFICATION FAMILIALE/AUTRE RAISON FAMILIALE 04 DÉPLACEMENT FORCÉ 05 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
110	En quel mois et en quelle année êtes-vous née ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
111	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 110 ET/OU 111 SI INCOHÉRENT.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
112	Globalement, comment jugez-vous votre état de santé, très bon, bon, moyennement bon, mauvais ou très mauvais ?	TRÈS BON 1 BON 2 MOYENNEMENT BON 3 MAUVAIS 4 TRÈS MAUVAIS 5	
113	Êtes-vous allée à l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 117
114 (3)	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3	
115 (3)	Quelle est [L'ANNÉE/CLASSE] la plus élevée que vous avez achevée à ce niveau ? SI MOINS D'UNE ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '00'.	[ANNÉE/CLASSE] <input type="text"/> <input type="text"/>	
116	VÉRIFIEZ 114 : PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓	SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/>	→ 119
117 (4)	Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE .. (PRÉCISEZ LA LANGUE) 4 AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5	
118	VÉRIFIEZ 117: CODE '2', '3' OU '4' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ ↓	CODE '1' OU '5' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/>	→ 120
119	Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
120	Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
121	Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3	
122	Avez-vous un téléphone portable ?	OUI 1 NON 2	→ 127
123	Est-ce que votre téléphone portable est un smart phone ?	OUI 1 NON 2	
127	Avez-vous déjà utilisé l'Internet depuis n'importe quel endroit ou n'importe quel appareil ?	OUI 1 NON 2	→ 130
128	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé l'Internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL.	OUI 1 NON 2	→ 130
129	Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé l'Internet : presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ?	PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
130	Quelle est votre religion ?	[RELIGION] 01 [RELIGION] 02 [RELIGION] 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
131	Quelle est votre ethnie ?	[GROUPE ETHNIQUE] 01 [GROUPE ETHNIQUE] 02 [GROUPE ETHNIQUE] 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	

(1) Augmenter le temps d'interview donné à l'enquêtée si des modules ont été ajoutés au questionnaire.

(2) Adaptez la liste des codes pour inclure d'autres raisons expliquant la migration qui sont spécifiques au pays comme les rapatriations, les retours post-conflit au lieu de résidence précédent, une catastrophe environnementale, un désastre naturel ou nomade/éleveur.

(3) À adapter en fonction du système éducatif local.

(4) Chaque carte devra comporter quatre phrases simples appropriées au pays (ex : "les parents aiment leurs enfants.", "Travailler la terre est un dur travail.", "L'enfant lit un livre.", "Les enfants travaillent dur à l'école."). Les cartes doivent être préparées dans toutes les langues dans lesquelles les enquêtées ont pu être alphabétisées.

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 2. REPRODUCTION

<p>214 Je voudrais maintenant enregistrer toutes vos grossesses comprenant les naissances vivantes, les morts-nés, les fausses-couches et les avortements, en commençant par votre première grossesse. ENREGISTRER TOUTES LES GROSSESSES À 215-228. ENREGISTRER LES JUMEAUX ET LES TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 3 GROSSESSES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE.</p>							
215	216	217	218	219	220	221	222
<p>Rappelez-vous de votre (première/suivante) grossesse. Est-ce que c'était une grossesse simple, des jumeaux ou triplés ? SI GROSSESSE MULTIPLE: COPIEZ LA VALEUR DE 215 DANS LA LIGNE SUIVANTE</p> <p>NUMÉRO DE LIGNE DE L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE</p>	<p>SI 215=1, DEMANDEZ: Est-ce que le bébé est né vivant, mort-né ou avez-vous eu une fausse-couche ou un avortement ?</p> <p>SI 215 > 1, DEMANDEZ: Est-ce que le (premier/prochain) bébé de cette grossesse est né vivant ou mort ?</p>	<p>Est-ce que le bébé a crié, a bougé ou respiré ?</p>	<p>Quel nom a été donné au bébé ?</p> <p>INSCRIVEZ LE NOM.</p>	<p>(NOM) est-il un garçon ou une fille ?</p>	<p>VÉRIFIEZ 216 ET 217: TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE.</p> <p>NOTE: SI 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI NÉ VIVANT, DEMANDER : quel jour, quel mois et en quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ?</p> <p>SI MORT-NÉ, FAUSSE-COUCHE OU AVORTEMENT, DEMANDER : Quel jour, quel mois et en quelle année, cette grossesse s'est-elle terminée ?</p>	<p>Combien de semaines ou de mois cette grossesse a-t-elle duré ?</p> <p>ENREGISTRER EN SEMAINES OU MOIS RÉVOLUS.</p>	<p>POUR LIGNE 01, DEMANDEZ: Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?</p> <p>APRÈS LIGNE 01:</p> <p>SI 215=1 OU C'EST LA PREMIÈRE NAISSANCE D'UNE GROSSESSE MULTIPLE, DEMANDEZ : Y a-t-il eu d'autres grossesses entre la grossesse précédente et cette grossesse ?</p> <p>SI 215 > 1 ET CE N'EST PAS LA PREMIÈRE NAISSANCE DE LA GROSSESSE, PASSEZ À 216 DANS LA LIGNE SUIVANTE.</p>
<p>01 SIMPLE 1</p> <p>JUME 2</p> <p>TRIP 3</p> <p>QUANTITÉ <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ←</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) ←</p> <p>AVORTEMENT . . . 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←</p> <p>NON (LIGNE SUIVANTE) 2 ←</p>
<p>02 SIMPLE 1</p> <p>JUME 2</p> <p>TRIP 3</p> <p>QUANTITÉ <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ←</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) ←</p> <p>AVORTEMENT . . . 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←</p> <p>NON (LIGNE SUIVANTE) 2 ←</p>
<p>03 SIMPLE 1</p> <p>JUME 2</p> <p>TRIP 3</p> <p>QUANTITÉ <input type="text"/></p>	<p>NÉ VIVANT 1 (ALLEZ À 218) ←</p> <p>MORT NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE (ALLEZ À 220) ←</p> <p>AVORTEMENT . . . 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2 ↓</p> <p>(ALLEZ À 220)</p>	<p>NOM</p>	<p>GAR. 1</p> <p>FILLE 2</p>	<p>JOUR <input type="text"/></p> <p>MOIS <input type="text"/></p> <p>ANNÉE <input type="text"/></p>	<p>SEMAINE 1 <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/></p>	<p>OUI 1 (AJOUTEZ GROSSESSE) ←</p> <p>NON (LIGNE SUIVANTE) 2 ←</p>
222A	<p>Avez-vous eu une grossesse qui s'est terminée depuis la dernière grossesse que vous avez mentionnée ?</p>		<p>OUI 1 → AJOUTEZ AU TABLEAU</p> <p>NON 2</p>				
222B	<p>LISEZ LA LISTE DES RÉSULTATS DE LA GROSSESSE DANS L' ORDRE À L'ENQUÊTÉE ET DEMANDEZ-LUI S'ILS CORRESPONDENT À TOUS LES RÉSULTATS QU'ELLE A EUS ET S'ILS SONT ÉNUMÉRÉS DANS L'ORDRE À PARTIR DU PREMIER.</p> <p>EST-CE QUE L'ENQUÊTÉE EST D'ACCORD ?</p> <p>SI NON, INSISTEZ POUR OBTENIR LES INFORMATIONS CORRECTES ET RÉVISEZ L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE EN CONSÉQUENCE.</p> <p>SI OUI, PASSEZ AU 223 RANG 1.</p>						

SECTION 2. REPRODUCTION

	223	224	225		226	227	228		
			SI NÉ VIVANT ET ENCORE EN VIE:				SI NÉ VIVANT ET MAINTENANT DÉCÉDÉ:		
	<p>VÉRIFIEZ 216, 217 ET 221:</p> <p>SI 216=1 OU 217=1, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = NÉ VIVANT.</p> <p>SI 216=2 OU 3, VÉRIFIEZ 221.</p> <p>SI 221 ≥ 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = MORT NÉ.</p> <p>SI 221 < 7 MOIS OU 28 SEMAINES, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = FAUSSE COUCHE.</p> <p>SI 216=4, ALORS LE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE = AVORTEMENT.</p>	<p>(NOM) est-il/elle encore en vie ?</p>	<p>Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ?</p> <p>INSCRI-VEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVO-LUE.</p>	<p>(NOM) vit-il/elle avec vous ?</p>	<p>INSCRIVEZ LE N° DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE.</p>	<p>Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ?</p> <p>PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ?</p> <p>INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.</p>			
01	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT-NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>			
02	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT-NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>			
03	<p>NÉ VIVANT 1</p> <p>MORT-NÉ 2</p> <p>FAUSSE-COUCHE 3</p> <p>AVORTEMENT 4</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 228)</p>	<p>ÂGE EN ANNÉES</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	<p>N° LIGNE DU MÉNAGE</p> <p><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIVANTE)</p>	<p>JOUR 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 223 LIGNE SUIV.)</p>			

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
230	<p>COMPAREZ 212 AVEC NOMBRE DE RÉSULTATS DE GROSSESSE DANS L'HISTORIQUE DE LA GROSSESSE</p> <p align="center"> NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST PLUS GRAND OU ÉGAL À 212 <input type="checkbox"/> </p> <p align="center"> NOMBRE DANS HISTORIQUE GROSSESSE EST INFÉRIEUR À 212 <input type="checkbox"/> </p> <p align="center">(INSISTEZ ET CORRIGEZ) ←</p>		
231	<p>C POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2015-2020, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE VIVANTE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A DURÉ.)</p> <p>POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2015-2020, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS DE GROSSESSE.</p> <p>SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>		
232	<p>Êtes-vous actuellement enceinte ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p>	→ 236
233	<p>De combien de semaines ou de mois êtes-vous enceinte ?</p> <p>ENREGISTREZ LE NOMBRE DE SEMAINES OU DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>SI LA DURÉE DE LA GROSSESSE A ÉTÉ DÉCLARÉE EN SEMAINES, MULTIPLIEZ LE NOMBRE DE SEMAINES PAR 0,23 POUR CONVERTIR LE NOMBRE EN MOIS. ARRONDISSEZ AU NOMBRE ENTIER LE PLUS PROCHE POUR OBTENIR LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.</p>	<p>SEMAINES 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
234	<p>Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 236
235	<p>VÉRIFIEZ 208 : NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES VIVANTES</p> <p>UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/></p> <p>a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ?</p> <p>b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ?</p>	<p>PLUS TARD 1</p> <p>PLUS/AUCUN 2</p>	

SECTION 2. REPRODUCTION

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

(1) Adaptez localement les catégories de réponse, si nécessaire.

SECTION 3. CONTRACEPTION

301	Je voudrais maintenant que nous parlions de planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse. Avez-vous déjà entendu parler d'une (MÉTHODE) ?	
01	Stérilisation féminine. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
02	Stérilisation masculine. INSISTEZ : Les hommes peuvent avoir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	OUI 1 NON 2
03	DIU. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir un stérilet qu'un médecin ou une infirmière leur place dans l'utérus pour leur éviter une grossesse pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
04	Injectables. INSISTEZ : Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour leur éviter une grossesse pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2
05	Implants. INSISTEZ : Les femmes peuvent se faire insérer par un médecin ou une infirmière un bâtonnet ou plus sous la peau du haut du bras pour leur éviter une grossesse, pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2
06	Pilule. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour pour éviter une grossesse.	OUI 1 NON 2
07	Condom. INSISTEZ : Les hommes peuvent mettre une capote en caoutchouc sur leur pénis avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
08	Condom féminin. INSISTEZ : Les femmes peuvent placer un fourreau dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
09 (1)	Contraception d'urgence. INSISTEZ : Comme mesure d'urgence, les femmes peuvent prendre pendant 3 jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
10 (2)	Méthode des Jours Fixes (MJF). INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.	OUI 1 NON 2
11 (3)	Méthode de l'Aménorrhée et de l'allaitement Maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant 6 mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui demande d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.	OUI 1 NON 2
12	Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.	OUI 1 NON 2
13	Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2
14	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?	OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y





SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
302	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 317
303	Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 307
304 (4)	Est-ce que vous, ou votre partenaire, êtes stérilisé ? SI OUI : Qui est stérilisé, vous ou votre partenaire ?	OUI, ENQUÊTÉE STÉRILISÉE SEULEMENT .. 1 OUI, PARTENAIRE STÉRILISÉ SEULEMENT 2 OUI, LES DEUX STÉRILISÉS 3 NON, NI L'UN, NI L'AUTRE STÉRILISÉ 4	→ 306
305 (4)	VÉRIFIEZ 304: ENQUÊTÉE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉE SEULEMENT ↓ PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	PARTENAIRE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ SEULEMENT ↓ PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.	LES DEUX <input type="checkbox"/> STÉRILISÉS ↓ PASSEZ À 307. ENCERCLEZ CODE 'A' ET CODE 'B' ET SUIVEZ L'INSTRUCTION DE PASSAGE.
306	Juste pour être sûre, est-ce que vous ou votre partenaire faites l'une des choses suivantes pour éviter une grossesse : éviter délibérément les rapports sexuels certains jours, utiliser un condom, pratiquer le retrait ou utiliser la contraception d'urgence ?	OUI 1 NON 2	→ 317
307 (5)	Quelle méthode utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI PLUS D'UNE MÉTHODE EST MENTIONNÉE, SUIVEZ LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H CONTRACEPTION D'URGENCE I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 312 → 314 → 314 → 310 → 311 → 314
308 (6)	Je vais vous montrer maintenant deux photos. Montrez-moi sur la photo ce qui ressemble le plus à ce qui a été utilisé la dernière fois que vous avez reçu votre injectable. MONTREZ DES PHOTOS DE SAYANA PRESS ET D'UNE SERINGUE NORMALE.	DMPA-SC/SAYANA PRESS 1 AIGUILLE ET SERINGUE 2 NE SAIT PAS 8	→ 314
309 (6)	La dernière fois que vous avez reçu votre injectable, est-ce que vous vous êtes injecté vous-même DMPA-SC/Sayana Press ou c'est un prestataire de santé qui l'a fait pour vous ?	AUTO-INJECTION 1 INJECTION FAITE PAR PRESTATAIRE DE SANTÉ 2 NE SAIT PAS 8	→ 314
310	Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.	MARQUE A 01 MARQUE B 02 MARQUE C 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98	→ 314

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À						
311	<p>Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ?</p> <p>SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE.</p>	<p>MARQUE A 01 MARQUE B 02 MARQUE C 03</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	<p>→ 314</p>						
312 (7)	<p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT .</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 13 CLINIQUE MOBILE 14 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE PRIVÉE 22 CABINET MÉDICAL PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>							
313	<p>En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							<p>→ 315</p>
314	<p>Depuis quel mois et quelle année utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p> <p>INSISTEZ : Depuis combien de temps utilisez-vous (MÉTHODE ACTUELLE) sans interruption ?</p>	<p>MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table></p>							
315	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314, ET 220 : UNE NAISSANCE VIVANTE, UN MORT-NÉ, UNE FAUSSE-COUCHE OU UN AVORTEMENT APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 313 OU 314?</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>RETOURNEZ À 313 OU 314, INSISTEZ ET INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION CONTINUE DE LA MÉTHODE ACTUELLE (QUI DOIT SE SITUER APRÈS LA DERNIÈRE NAISSANCE OU LA FIN DE LA DERNIÈRE GROSSESSE).</p>								

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION PAPIER) (8)

<p>316 (9)</p>	<p>VÉRIFIEZ 313 ET 314 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ANNÉE EST 2015-2020 </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS EN REMONTANT JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION.</p> <p>PUIS CONTINUEZ </p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNÉE EST 2014 OU PLUS TÔT </p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE DE LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS EN REMONTANT JUSQU'À JANVIER 2015.</p> <p>PUIS  (ALLEZ À 329)</p> </div> </div>
<p>317 (9)</p>	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse.</p> <p>UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2015. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p> <p>C À LA COLONNE 1, INSCRIVEZ LE CODE D'UTILISATION DE LA MÉTHODE OU '0' POUR NON UTILISATION DANS CHAQUE MOIS EN BLANC.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES:</p> <ol style="list-style-type: none"> a) Quand avez-vous utilisé une méthode pour la dernière fois? Quelle était cette méthode ? b) Quand avez-vous commencé à utiliser cette méthode? Combien de temps après la naissance de (NOM) ? c) Pendant combien de temps avez-vous ensuite utilisé cette méthode ? <p>C À LA COLONNE 2, INSCRIVEZ LES CODES POUR LA DISCONTINUATION À CÔTÉ DU DERNIER MOIS D'UTILISATION. LES NOMBRES DE CODES À LA COLONNE 2 DOIVENT ÊTRE LES MÊMES QUE LES NOMBRES D'INTERRUPTIONS D'UTILISATION DE LA MÉTHODE À LA COLONNE 1.</p> <p>DEMANDEZ POURQUOI ELLE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE. SI UNE GROSSESSE A SUIVI, DEMANDEZ SI ELLE EST TOMBÉE ENCEINTE SANS LE VOULOIR EN UTILISANT LA MÉTHODE OU SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ LA MÉTHODE POUR TOMBER ENCEINTE.</p> <p>QUESTIONS ILLUSTRATIVES :</p> <ol style="list-style-type: none"> d) Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser la (MÉTHODE) ? Êtes-vous tombée enceinte pendant que vous utilisiez la (MÉTHODE), ou avez-vous interrompu pour être enceinte, ou avez-vous arrêté pour d'autres raisons ? e) SI ELLE A DÉLIBÉRÉMENT ARRÊTÉ POUR ÊTRE ENCEINTE, DEMANDEZ : Combien de mois cela a-t-il pris pour que soyez enceinte après avoir arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ? ET INSCRIVEZ '0' À CHACUN DE CES MOIS À LA COLONNE 1.

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION CAPI) (8)

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
316 (9)	VÉRIFIEZ 313 ET 314 : ANNÉE EST 2015-2020 <input type="checkbox"/> C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION. ENSUITE CONTINUEZ <input type="checkbox"/> ↓	ANNÉE EST 2014 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/> C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2015. ENSUITE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 329) ←	
317 (9)	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les périodes où, durant ces dernières années, vous ou votre partenaire, avez utilisé une méthode pour éviter une grossesse. C UTILISEZ LE CALENDRIER POUR VÉRIFIER LES PÉRIODES ANTÉRIEURES D'UTILISATION ET DE NON UTILISATION, EN COMMENÇANT PAR L'UTILISATION LA PLUS RÉCENTE, EN PARTANT DE JANVIER 2015. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.		
317A	MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317B	Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?	OUI 1 NON 2	→ 317I
317C	Quelle était cette méthode ?	CODE MÉTHODE <input type="text"/>	
317D	Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA	IMMÉDIATEMENT 00 MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE 95	→ 317F
317E	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A COMMENCÉ À UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317F	Pendant combien de mois avez-vous utilisé (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE FIN D'UTILISATION DE LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DATE DONNÉE 95	→ 317H
317G	INSCRIVEZ LE MOIS ET L'ANNÉE OÙ L'ENQUÊTÉE A ARRÊTÉ D'UTILISER LA MÉTHODE.	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
317H	Pourquoi avez-vous arrêté d'utiliser (MÉTHODE) ?	RAISON POUR AVOIR ARRÊTÉ <input type="text"/>	
317I	RETOURNEZ À 317A POUR INTERRUPTION SUIVANTE; OU, SI PLUS D'INTERRUPTION, ALLEZ À 318.		

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
322 (7)	<p data-bbox="375 176 773 239">Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 314). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ?</p> <p data-bbox="375 365 740 407">INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p data-bbox="375 438 802 533">SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p data-bbox="857 176 1029 197">SECTEUR PUBLIC</p> <p data-bbox="886 205 1305 226">HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p data-bbox="886 233 1305 254">CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p data-bbox="886 260 1305 281">CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 13</p> <p data-bbox="886 287 1305 308">CLINIQUE MOBILE..... 14</p> <p data-bbox="886 315 1305 336">AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/</p> <p data-bbox="915 342 1305 363">AGENT DE TERRAIN 15</p> <p data-bbox="886 369 1305 390">AUTRE SECTEUR</p> <p data-bbox="915 396 1305 417">PUBLIC 16</p> <p data-bbox="1081 424 1192 445">(PRÉCISEZ)</p> <p data-bbox="857 476 1110 497">SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p data-bbox="886 506 1305 527">HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p data-bbox="886 533 1305 554">CLINIQUE PRIVÉE..... 22</p> <p data-bbox="886 560 1305 581">PHARMACIE 23</p> <p data-bbox="886 588 1305 609">MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p data-bbox="886 615 1305 636">CLINIQUE MOBILE..... 25</p> <p data-bbox="886 642 1305 663">AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/</p> <p data-bbox="915 669 1305 690">AGENT DE TERRAIN 26</p> <p data-bbox="886 697 1305 718">AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p data-bbox="915 724 1305 745">PRIVÉ 27</p> <p data-bbox="1081 751 1192 772">(PRÉCISEZ)</p> <p data-bbox="857 804 1094 825">SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p data-bbox="886 833 1305 854">HÔPITAL ONG 31</p> <p data-bbox="886 861 1305 882">CLINIQUE ONG 32</p> <p data-bbox="886 888 1305 909">AUTRE SECTEUR MÉDICAL</p> <p data-bbox="915 915 1305 936">ONG 36</p> <p data-bbox="1081 942 1192 963">(PRÉCISEZ)</p> <p data-bbox="857 995 1013 1016">AUTRE SOURCE</p> <p data-bbox="886 1024 1305 1045">BOUTIQUE 41</p> <p data-bbox="886 1052 1305 1073">INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p data-bbox="886 1079 1305 1100">AMIS/PARENTS 43</p> <p data-bbox="857 1127 1305 1148">AUTRE 96</p> <p data-bbox="1049 1155 1159 1176">(PRÉCISEZ)</p>	
323	<p data-bbox="375 1205 786 1268">À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'effets secondaires que vous pourriez avoir en utilisant cette méthode ?</p>	<p data-bbox="857 1205 1305 1226">OUI 1</p> <p data-bbox="857 1232 1305 1253">NON 2</p>	→ 325
324	<p data-bbox="375 1310 802 1373">Quand vous avez été stérilisée, vous a-t-on parlé d'effets secondaires ou de problèmes que vous pourriez avoir à cause de la méthode ?</p>	<p data-bbox="857 1310 1305 1331">OUI 1</p> <p data-bbox="857 1337 1305 1358">NON 2</p>	
325	<p data-bbox="375 1415 818 1457">Vous a-t-on dit ce qu'il fallait faire si vous ressentiez ces effets secondaires ou ces problèmes ?</p>	<p data-bbox="857 1415 1305 1436">OUI 1</p> <p data-bbox="857 1442 1305 1463">NON 2</p>	
326	<p data-bbox="375 1499 753 1562">À ce moment-là, vous a-t-on parlé d'autres méthodes de planification familiale que vous pourriez utiliser ?</p>	<p data-bbox="857 1520 1305 1541">OUI 1</p> <p data-bbox="857 1547 1305 1568">NON 2</p>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
330 (7)	<p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE..... 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	<p>→ 332</p>
331	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
332 (10)	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 334
333 (10)	Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
334	<p>VÉRIFIEZ 202 : ENFANTS VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 401
335	Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 3. NOTES

- (1) Des études ont montré que la contraception d'urgence peut être efficace pendant 5 jours. Vérifiez les recommandations du programme en vigueur dans le pays et modifiez la formulation si c'est nécessaire.
- (2) la Méthode des Jours Fixes (MJF) doit être supprimée dans les pays ne disposant pas de programme pour la MJF. Dans ces pays, la MJF doit aussi être supprimée des catégories de code aux Qs. 307, 321, 327, 329, 726 et, à la Colonne 1, du Calendrier.
- (3) La méthode de la MAMA doit être supprimée dans les pays ne disposant pas de programme pour la MAMA. Dans ces pays, la MAMA doit aussi être supprimée des catégories de code aux Qs. 307, 321, 327, 329, 726 et, à la Colonne 1, du Calendrier.
- (4) Peut être supprimée dans les pays où le recours à la stérilisation est faible.
- (5) D'autres méthodes couramment utilisées peuvent être ajoutées à la liste, comme le patch contraceptif, l'anneau vaginal contraceptif ou l'éponge contraceptive. Les codes ajoutés à Q. 307 doivent aussi être ajoutés aux Qs. 321, 327, 329, 726 et, à la Colonne 1, du Calendrier. Ces méthodes ne doivent pas être ajoutées à Q. 301.
- (6) Adaptez, si nécessaire, Sayana Press en terme local. Les questions sur Sayana Press doivent être supprimées si le pays ne dispose pas d'un programme pour Sayana Press.
- (7) Les catégories de code doivent être développées localement ; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.
- (8) Si l'enquête est réalisée au moyen de questionnaires en papier, supprimez 316-317I dans L'OPTION CAPI. Si l'enquête est réalisée en utilisant CAPI, supprimez 316-317 de L'OPTION PAPIER.
- (9) On suppose que l'année de la collecte est 2020. Pour la collecte commençant en 2021, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année; par exemple, 2014 doit être changé en 2015, 2015 doit être changé en 2016, 2016 en 2017 et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.
- (10) Dans les pays sans programme national d'agent de santé incluant la planification familiale, Qs. 332 et 333 doivent être supprimées.

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
409	Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou pas d'enfant du tout ?	PLUS TARD 1 PAS D'ENFANT DU TOUT 2	→ 411
410	Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ?	MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
411	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE .. 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE 2 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 MORT-NÉ PRÉCÉDENT 4 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT 5	→ 434 → 434 → 475
412	Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 414
413	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> (PASSEZ À 420) ←	MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT	→ 426
414 (1)	Qui avez-vous vu ? Quelqu'un d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER CHAQUE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN A INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME B SAGE-FEMME AUXILIAIRE C AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
415 (1)	Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette grossesse ? Pas d'autre endroit ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON A AUTRE MAISON B SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT C CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT D POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT E AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CLINIQUE PRIVÉE H AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ I (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG J CLINIQUE ONG K AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG L (PRÉCISEZ) AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
426 (3)	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP/ SUPPLÉMENTS MICRONUTRIMENTS	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 429
427 (1) (3)	Où avez-vous obtenu les comprimés de fer ou le sirop contenant du fer ? Quelque part d'autre ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SOURCE. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE/DÉS ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN E AUTRE SECTEUR PUBLIC F _____ (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CLINIQUE PRIVÉE H PHARMACIE I MÉDECIN PRIVÉ J CLINIQUE MOBILE K AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN L AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ M _____ (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG N CLINIQUE ONG O AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG P _____ (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE Q MARCHÉ R [CAMPAGNE DISTRIBUTION DE MASSE] S AUTRE X _____ (PRÉCISEZ)	
428 (3) (4)	Pendant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998	
429 (5)	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
430 (6)	Durant cette grossesse, avez-vous reçu une assistance sous forme de nourriture ou sous forme financière par le biais du programme [INSÉRER LE NOM DU PROGRAMME D'ASSISTANCE ALIMENTAIRE OU FINANCIÈRE POUR LES FEMMES ENCEINTES] ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
436	VÉRIFIEZ 405: TYPE GROSSESSE 1 OU 2 <input type="checkbox"/> TYPE GROSSESSE 3 OU 4 <input type="checkbox"/> a) Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ? b) Est-ce que l'accouchement de cet enfant mort-né a eu lieu par césarienne, c'est-à-dire qu'on a ouvert votre ventre pour sortir le bébé ?	OUI 1 NON 2	
437	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE LA GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1 NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE ... 2 → 441 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT ... 3 → 445 MORT-NÉ PRÉCÉDENT ... 4 → 487	
438	Après la naissance, est-ce qu'on a posé (NOM) sur votre poitrine ?	OUI 1 NON 2 → 441 NE SAIT PAS 8	
439	Est-ce que la peau de (NOM) touchait votre peau ?	OUI 1 NON 2 → 441 NE SAIT PAS 8	
440	Combien de temps après la naissance, (NOM) a-t-il été posé peau contre peau sur votre poitrine ? INSISTEZ POUR AVOIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE. SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTREZ '00' HEURE ; SI 24 HEURES OU PLUS, ENREGISTREZ 24	IMMÉDIATEMENT 00 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/>	
441	Quand (NOM) est né, était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne ou très petit ?	TRÈS GROS 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE 2 MOYEN 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE 4 TRÈS PETIT 5 NE SAIT PAS 8	
442	(NOM) a-t-il /elle été pesé (e) à la naissance ?	OUI 1 NON 2 → 444 NE SAIT PAS 8	
443	Combien (NOM) pesait-il/elle ? INSCRIVEZ LE POIDS EN KILOGRAMMES À PARTIR DU CARNET DE SANTÉ, SI DISPONIBLE.	KG DU CARNET 1 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> KG DE MÉMOIRE 2 <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 99998	
444	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> NAISSANCE VIVANTE PRÉCÉDENTE <input type="checkbox"/> → 480	
445	VÉRIFIEZ 435 : LIEU D'ACCOUCHEMENT	NAISSANCE ÉTABLISSEMENT: UN CODE 21 À 46 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> CODE 11, 12, OU 96 ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 464	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/>	
447	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1 TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a) Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À Q.435) ?</p> <p>b) Pour l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406), pendant combien de temps après la naissance êtes-vous restée dans (ÉTABLISSEMENT À 435) ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/></p> <p>SEMAINES 3 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS998</p>	
448	<p>Je voudrais vous parler maintenant des contrôles de votre santé après l'accouchement comme par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée.</p> <p>Avant que vous ne quittiez l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 451
449	<p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/></p> <p>SEMAINES 3 <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS998</p>	
450 (1)	<p>Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12</p> <p>SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
451	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p>NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓</p> <p>MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT →</p>		→ 455
452	<p>Je voudrais maintenant vous parler des contrôles de la santé de (NOM)--par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou parlé avec vous des soins à donner à (NOM).</p> <p>Avant que (NOM) ne quitte l'établissement de santé, est-ce que quelqu'un a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 455

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							
453	Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS998	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							
454 (1)	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)								
455	Je voudrais maintenant vous parler de ce qui s'est passé après votre départ de l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après avoir quitté l'établissement ?	OUI 1 NON 2		→ 459						
456	Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS998	<table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>							
457 (1)	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)								

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
458 (1)	<p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 41</p> <p>CLINIQUE ONG 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	
459	<p>VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE</p> <p> <input type="checkbox"/> NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE <input type="checkbox"/> MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT </p>		<p>→ 474</p>
460	<p>Après que (NOM) a quitté [ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ À 435], est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	<p>→ 473</p>
461	<p>Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	
462 (1)	<p>Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ?</p> <p>INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.</p>	<p>PROF. DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12</p> <p>SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNEL</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
463 (1)	<p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 31</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 41</p> <p>CLINIQUE ONG 42</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)</p>	→ 473
464	<p>VÉRIFIEZ 405:</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 1</p> <p>TYPE GROSSESSE <input type="checkbox"/> 3</p> <p>a) Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p> <p>b) Je voudrais vous parler des vérifications de votre état de santé après l'accouchement, par exemple, quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou qui vous a examinée. Est-ce que quelqu'un vous a examinée après avoir accouché de l'enfant mort-né que vous avez eu en (DATE DE 406) ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 468
465	<p>Combien de temps après l'accouchement cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p>	<p>HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SEMAINES 3 <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 998</p>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
466 (1)	Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
467 (1)	Où a eu lieu ce premier examen ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 31 CLINIQUE PRIVÉE 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 41 CLINIQUE ONG 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 46 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)		
468	VÉRIFIEZ 405 : TYPE RÉSULTAT DE GROSSESSE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> LA PLUS RÉCENTE ↓		MORT-NÉ <input type="checkbox"/> LE PLUS RÉCENT →	→ 474
469	Je voudrais vous parler du contrôle de la santé de (NOM) -- par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), vérifié le cordon ou qui vous a parlé des soins à donner à (NOM). Après que (NOM) est né, est-ce qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a examiné l'état de santé de (NOM) ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8		→ 473
470	Combien de temps après la naissance de (NOM) cet examen a-t-il eu lieu ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.	HEURES 1 JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS 998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>																								
471 (1)	Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE.	PROF. DE LA SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNEL ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																										
472 (1)	Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 26 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 31 CLINIQUE PRIVÉE 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 36 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 41 CLINIQUE ONG 42 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 46 (PRÉCISEZ) AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)																										
473	Au cours des 2 jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ? a) Il a examiné le cordon ? b) Il a vérifié la température de (NOM) ? c) Il vous a dit comment reconnaître si votre bébé a besoin d'une attention médicale immédiate ? d) Il a parlé avec vous de l'allaitement maternel ? e) Il a observé (NOM) en train d'être allaité pour voir si vous le faisiez correctement?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) CORDON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ATTENTION MÉDICALE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) PARLÉ ALLAITEMENT</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				OUI	NON	NSP	a) CORDON	1	2	8	b) TEMP	1	2	8	c) ATTENTION MÉDICALE	1	2	8	d) PARLÉ ALLAITEMENT	1	2	8	e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8
	OUI	NON	NSP																									
a) CORDON	1	2	8																									
b) TEMP	1	2	8																									
c) ATTENTION MÉDICALE	1	2	8																									
d) PARLÉ ALLAITEMENT	1	2	8																									
e) OBSERVÉ ALLAITEMENT ..	1	2	8																									
474	Durant les 2 premiers jours après la naissance, est-ce qu'un prestataire de santé a effectué l'un des actes suivants : a) Mesurer votre pression artérielle ? b) Parler de vos saignements vaginaux ? c) Discuter de planification familiale avec vous ?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PRESSION ARTÉRIELLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) SAIGNEMENTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) PLANIFICATION FAMILIALE ..</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				OUI	NON	NSP	a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8	b) SAIGNEMENTS	1	2	8	c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8								
	OUI	NON	NSP																									
a) PRESSION ARTÉRIELLE	1	2	8																									
b) SAIGNEMENTS	1	2	8																									
c) PLANIFICATION FAMILIALE ..	1	2	8																									
475	VÉRIFIEZ 215 : CETTE GROSSESSE EST-ELLE LA DERNIÈRE GROSSESSE DE LA FEMME ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → 479																											

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
476	VÉRIFIEZ 405 : GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓ a) Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?	GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓ b) Est-ce que vos règles sont revenues depuis la grossesse qui s'est terminée en (DATE DE 406) ?	OUI 1 NON 2
477	VÉRIFIEZ 232 : L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ? PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE → 479		
478	VÉRIFIEZ 405 : GROSSESSE TYPE 1 <input type="checkbox"/> ↓ a) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la naissance de (NOM) ?	GROSSESSE TYPE 3 OU 5 <input type="checkbox"/> ↓ b) Avez-vous eu des rapports sexuels depuis la grossesse qui s'est terminée (DATE DE 406) ?	OUI 1 NON 2
479	VÉRIFIEZ 405 : TYPE DE RÉSULTAT DE GROSSESSE	NAISSANCE VIVANTE LA PLUS RÉCENTE ... 1 MORT-NÉ LE PLUS RÉCENT 3 FAUSSE-COUCHE/AVORTEMENT 5	→ 487
480	Avez-vous allaité (NOM) ?	OUI 1 NON 2	→ 482
481	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT:	VIVANT <input type="checkbox"/> → 486 DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> → 487	
482	Combien de temps après la naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois ? SI MOINS D'1 HEURE, INSCRIVEZ '00' HEURE; SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIVEZ EN HEURES; SINON, INSCRIVEZ EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	
483	Dans les 2 premiers jours après l'accouchement, a-t-on donné à (NOM) autre chose que le lait maternel pour boire ou manger-quelque chose comme de l'eau, une préparation pour nourrisson ou [INSÉRER BOISSONS ET ALIMENTS COURANTS QUI PEUVENT ÊTRE DONNÉS AUX NOUVEAU-NÉS] ?	OUI 1 NON 2	
484	VÉRIFIEZ 224 POUR L'ENFANT : VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> → 487		
485	Allaité-vous encore (NOM) ?	OUI 1 NON 2	

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

N°	NOM OU DATE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE	<input type="text"/>	<input type="text"/>
486	(NOM) a t-il bu quelque chose au biberon hier durant la journée ou la nuit ?	OUI	1	
		NON	2	
		NE SAIT PAS	8	
487	VÉRIFIEZ 402 : PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ?			
	AUTRES RÉSULTATS DE GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'AUTRES RÉSULTATS DE <input type="checkbox"/>	→ 501	
	(ALLEZ À 404 POUR LE PROCHAIN RÉSULTAT DE GROSSESSE) ←	GROSSESSE 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE		

- (1) Les catégories de code doivent être développées localement ; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.
- (2) Les pratiques vaccinales peuvent varier; cette question doit spécifier l'endroit où l'injection a été effectuée, par ex. le bras ou l'épaule.
- (3) À cette question, vous devez prendre en compte tous les types de suppléments contenant du fer, y compris, par exemple, les suppléments de micronutriments multiples dans les pays où ces types de suppléments contenant du fer sont disponibles. Adaptez la formulation de la question pour qu'elle englobe tous les types de suppléments contenant du fer disponibles dans le pays.
- (4) Dans les pays où il est important de connaître le nombre de comprimés de fer pris par jour, il faudra ajouter une question appropriée .
- (5) La question doit être supprimée dans les pays où il n'y a pas de programme de déparasitage.
- (6) Cette question devrait être supprimée dans les enquêtes des pays qui n'ont pas de tels programmes. Adaptez la formulation de la question pour inclure le/les nom(s) local/locaux de programmes formels d'assistance financière ou alimentaire. Il peut être nécessaire de réviser ou d'ajouter des questions supplémentaires en fonction des besoins du pays. Consultez le Guide d'Adaptation des questionnaires DHS pour plus d'informations sur la façon d'adapter.
- (7) La question doit être supprimée dans les pays où il n'y a pas de programme de traitement préventif intermittent contre le paludisme pendant la grossesse.
- (8) Fansidar est une marque pour le médicament antipaludique <SP>. Il y a plusieurs autres marques pour la SP. Si Fansidar n'est pas une marque bien connue au pays, changer <Fansidar> pour la marque la plus connue pour la SP, comme <SP/[NOUVELLE MARQUE]>. Sinon, vous pouvez seulement supprimer <Fansidar> et laisser <la SP> toute seule.

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

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

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																																																																																																																																																			
NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____		NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																																																																				
509 (1) (2) (3) (4) (5) (5) (5) (5) (6) (6) (7) (7) (8)	RECOPIEZ LES DATES DES VACCINATIONS DU CARNET DE (NOM). INSCRIVEZ '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET MONTRE QU'UNE DOSE A ÉTÉ DONNÉE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE. INSCRIVEZ '00' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LA CARTE EST VIDE POUR LA DOSE.	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="2">JOUR</th> <th colspan="2">MOIS</th> <th colspan="2">ANNÉE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>BCG</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>HÉPATITE B À LA NAISSANCE</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO ORAL 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>PNEUMOCOQUE 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROTAVIRUS 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>		JOUR		MOIS		ANNÉE		BCG							HÉPATITE B À LA NAISSANCE							VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)							VACCIN POLIO ORAL 1							VACCIN POLIO ORAL 2							VACCIN POLIO ORAL 3							VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3							DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4							PNEUMOCOQUE 1							PNEUMOCOQUE 2							PNEUMOCOQUE 3							ROTAVIRUS 1							ROTAVIRUS 2							ROTAVIRUS 3							[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 1							[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 2							VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)							
	JOUR		MOIS		ANNÉE																																																																																																																																																	
BCG																																																																																																																																																						
HÉPATITE B À LA NAISSANCE																																																																																																																																																						
VACCIN POLIO ORAL 0 (DOSE NAISSANCE)																																																																																																																																																						
VACCIN POLIO ORAL 1																																																																																																																																																						
VACCIN POLIO ORAL 2																																																																																																																																																						
VACCIN POLIO ORAL 3																																																																																																																																																						
VACCIN POLIO INACTIVÉ (VPI)																																																																																																																																																						
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 1																																																																																																																																																						
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 2																																																																																																																																																						
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 3																																																																																																																																																						
DTCoq-HEP.B-HIB (PENTAVALENT) 4																																																																																																																																																						
PNEUMOCOQUE 1																																																																																																																																																						
PNEUMOCOQUE 2																																																																																																																																																						
PNEUMOCOQUE 3																																																																																																																																																						
ROTAVIRUS 1																																																																																																																																																						
ROTAVIRUS 2																																																																																																																																																						
ROTAVIRUS 3																																																																																																																																																						
[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 1																																																																																																																																																						
[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 2																																																																																																																																																						
VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)																																																																																																																																																						
510	DEMANDEZ À L'ENQUÊTÉE LA PERMISSION DE PRENDRE UNE PHOTOGRAPHIE DU CARNET DE VACCINATION OU D'UN AUTRE DOCUMENT OÙ LES VACCINS SONT ENREGISTRÉS. SI LA PERMISSION EST ACCORDÉE, PHOTOGRAPHIEZ LE CARNET.	PHOTOGRAPHIE PRISE 1 PHOTOGRAPHIE NON PRISE, PERMISSION NON ACCORDÉE 2 PHOTOGRAPHIE NON PRISE, AUTRE RAISON _____ 6 (PRÉCISEZ)																																																																																																																																																				
(9)	VÉRIFIEZ 509 : 'BCG' À '[VACCIN ANTIROUGEOLEUX] 2' TOUS AVEC UNE DATE ENREGISTRÉE OU '44' ENREGISTRÉ DANS LA COLONNE 'JOUR' ? NON <input type="checkbox"/>	OUI <input type="checkbox"/> → 529																																																																																																																																																				

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
512 (10)	En plus de ce qui est inscrit (sur ce/ces documents), (NOM) a-t-il/elle eu d'autres vaccins, y compris des vaccins reçus le jour d'une campagne de vaccination, de journées de vaccination ou de journées sur la santé de l'enfant ? INSCRIVEZ 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE AU MOINS UNE DES VACCINATIONS À 509 QUI N'A PAS ÉTÉ ENREGISTRÉE COMME AYANT ÉTÉ DONNÉE.	OUI 1 (UTILISEZ LA LISTE DANS CAPI POUR SELECTIONNER LES AUTRES VACCINATIONS DONNÉES. NOTEZ QUE CAPI CHANGERA LA RÉPONSE À 509 DANS LA COLONNE 'JOUR' DE '00' À '66' POUR LES VACCINATIONS SELECTIONNÉES) (PASSEZ ENSUITE À 529) NON 2 NE SAIT PAS 8	
512A	VÉRIFIEZ 509: AUCUNE VACCINATION ENREGISTRÉE SUR LE CARNET ? OUI <input type="checkbox"/> PASSEZ À 529 ← NON <input type="checkbox"/> → 530		
513 (10)	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccins pour éviter de contracter des maladies, y compris des vaccins reçus au cours de campagnes ou de journées de vaccination ou de journées de la santé de l'enfant ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 530
514	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse habituellement une cicatrice ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
515	Au moment de la naissance ou peu après la naissance, est-ce-que (NOM) a reçu le vaccin de l'hépatite B, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter l'hépatite B ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 517
516	Est-ce que (NOM) l'a reçu dans les 24 heures ayant suivi la naissance ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
517	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 521
518 (3)	Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les 2 semaines après la naissance ou plus tard ?	DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2	
519	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
520 (4)	La dernière fois que (NOM) a reçu des gouttes contre la polio, est-ce que (NOM) a aussi reçu une injection de VPI dans le bras pour le/la protéger contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
521 (5) (11)	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin Pentavalent c'est-à-dire une injection dans la cuisse, donné parfois en même temps que les gouttes du vaccin contre la polio ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 523
522 (5)	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
523 (11)	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le pneumocoque, c'est-à-dire une injection dans la cuisse pour éviter la pneumonie ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 525

SECTION 5. VACCINATION DES ENFANTS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>	
524	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
525	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre le rotavirus, c'est-à-dire un liquide dans la bouche pour éviter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 527
526	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
527 (7)	Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin contre la rougeole, c'est-à-dire une injection dans le bras pour lui éviter la rougeole ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 529
528 (7) (12)	Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	
529 (13)	Où (NOM) a-t-il reçu la plupart de ses vaccins ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 13 CLINIQUE MOBILE 14 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE PRIVÉE 22 PHARMACIE 23 MÉDECIN PRIVÉ 24 CLINIQUE MOBILE 25 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE [CAMPAGNE VACCINATION] 41 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
530	VÉRIFIEZ 220 ET 224 DANS HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? D'AUTRES ENFANTS SURVIVANTS NÉS 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 503 POUR ENFANT SURVIVANT SUIVANT) ←	PAS D'AUTRE ENFANT SURVIVANT NÉ 0-35 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> →	601

SECTION 5. NOTES

- (1) Remplacez le mot 'carte' par le terme utilisé localement pour l'enregistrement officiel des vaccinations de l'enfant, comme " carnet de la mère et de l'enfant ".
- (2) Le questionnaire doit être adapté au carnet de vaccination du pays. Vous devez obtenir les carnets de vaccination actuels ou récents du programme de vaccination national. Ajoutez la fièvre jaune, rubéole, ou n'importe quel autre vaccin recommandé dans le pays pour les enfants de moins de 3 ans. supprimez certains de ces vaccins qui ne sont pas inclus dans le calendrier vaccinal du pays. Vérifiez avec le PEV du pays pour être sûr que le questionnaire reflète de manière correcte le carnet de vaccination.
- (3) À supprimer dans les pays où la polio 0 (polio à la naissance) ne fait pas partie du calendrier vaccinal.
- (4) À supprimer dans les pays où le VPI ne fait pas partie du calendrier vaccinal.
- (5) Adaptez les questions au pays pour suivre la calendrier vaccinal national. Si le DTCoq, Hep. B et Hib sont donnés séparément, prévoyez des entrées séparées pour le nombre recommandé de doses pour chaque vaccin.
- (6) Si, dans le calendrier vaccinal, seulement deux doses sont utilisées, supprimez la troisième entrée.
- (7) Adaptez la question au pays quand vous utilisez le nom du vaccin contre la rougeole contenant du virus atténué utilisé dans le pays: rougeole, ROR, ou RR.
- (8) Si dans le calendrier vaccinal, seulement une dose est utilisée, supprimez la deuxième entrée.
- (9) Le filtre doit refléter la liste des vaccins sur le carnet (sauf pour la vitamine A qui n'est pas un vaccin).
- (10) Modifiez la formulation de la question pour qu'elle tienne compte des noms utilisés pour désigner les activités supplémentaires en matière de vaccination dans le pays.
- (11) À adapter localement après avoir déterminé le lieu d'injection le plus courant. Par exemple, le Pentavalent peut être donné sur la partie gauche externe de la cuisse et le vaccin contre le pneumocoque sur la partie droite externe.
- (12) Supprimez la question dans les pays où le calendrier vaccinal inclut seulement une dose de vaccin contre la rougeole.
- (13) Les catégories de code doivent être développées localement ; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Insérez le/les nom(s) des campagnes de vaccination récentes ou supprimez l'option 41 à la question si le pays n'a pas organisé de campagnes de vaccination.

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																
601	VÉRIFIEZ 220, 224, ET 225 DANS L'HISTORIQUE DES GROSSESSES : Y A-T-IL UN ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE ? UN ENFANT SURVIVANT OU PLUS NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	PAS D'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>	→ 643																
602	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la santé de vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant séparément, en commençant par le plus jeune).																		
603	ENREGISTREZ LE NOM DE 218 ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES GROSSESSES DE 215 DE L'ENFANT SURVIVANT NÉ 0-59 MOIS AVANT L'ENQUÊTE, EN COMMENÇANT PAR LE DERNIER. NOM DE L'ENFANT _____ NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>																		
604 (1)	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que l'on a donné à (NOM) l'une des choses suivantes : a) Du fer sous forme de comprimé ou de sirop ? b) [NOM LOCAL POUR MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE] ? MONTREZ DES TYPES COURANTS DE COMPRIMÉS/SIROPS/ MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) COMPRIMÉS/SIROP</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) [MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE]</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) COMPRIMÉS/SIROP	1	2	8	b) [MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE]	1	2	8					
	OUI	NON	NSP																
a) COMPRIMÉS/SIROP	1	2	8																
b) [MICRONUTRIMENTS MULTIPLES SOUS FORME DE POUDRE]	1	2	8																
605	Au cours des 6 derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP.	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
606 (2)	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'on a donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8											
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		
607 (3)	Au cours des 3 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire a mesuré : a) le poids de (NOM) ? b) la longueur ou la taille de (NOM) ? c) la circonférence du bras à mi-hauteur de (NOM) MONTREZ UNE IMAGE DU RUBAN DE MESURE DE LA CIRCONFÉRENCE DU BRAS.	<table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) POIDS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) LONGUEUR/TAILLE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) BRAS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) POIDS	1	2	8	b) LONGUEUR/TAILLE	1	2	8	c) BRAS	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																
a) POIDS	1	2	8																
b) LONGUEUR/TAILLE	1	2	8																
c) BRAS	1	2	8																
608 (4)	Au cours des deux dernières semaines, (NOM) a-t-il eu la diarrhée ?	<table> <tbody> <tr> <td>OUI</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>	OUI	1	NON	2	NE SAIT PAS	8	→ 618										
OUI	1																		
NON	2																		
NE SAIT PAS	8																		

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	NOM DE LA NAISSANCE VIVANTE _____	NUMÉRO HISTORIQUE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>																					
612 (5)	<p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ 'X' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT C</p> <p>CLINIQUE MOBILE D</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC F (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ G</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ J</p> <p>CLINIQUE MOBILE K</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN L</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ M (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG N</p> <p>CLINIQUE ONG O</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG P (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE Q</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL R</p> <p>MARCHÉ S</p> <p>VENDEUR ITINÉRANT DE MÉDICAMENTS T</p> <p>AUTRE X (PRÉCISEZ)</p>																					
613	VÉRIFIEZ 612 : DEUX CODES <input type="checkbox"/> OU PLUS ENCERCLÉS ↓	SEULEMENT UN CODE ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> → 615																					
614	Où êtes-vous allé en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE 612.	PREMIER ENDROIT <input type="text"/>																					
615 (6) (7)	<p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la diarrhée :</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET</p> <p>b) [NOMS LOCAUX POUR LIQUIDES SRO PRÉ CONDITIONNÉS] ou autres liquides SRO pré conditionnés ?</p> <p>c) Comprimés de zinc ou sirop ?</p> <p>d) [UNE SOLUTION MAISON RECOMMANDÉE PAR LE GOUVERNEMENT] ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) LIQUIDE SACHET SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) LIQUIDE SRO</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ZINC</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) LIQUIDE MAISON</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) LIQUIDE SACHET SRO	1	2	8	b) LIQUIDE SRO	1	2	8	c) ZINC	1	2	8	d) LIQUIDE MAISON	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																				
a) LIQUIDE SACHET SRO	1	2	8																				
b) LIQUIDE SRO	1	2	8																				
c) ZINC	1	2	8																				
d) LIQUIDE MAISON	1	2	8																				

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À	
637 (10)	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les aliments que (NOM) a reçus hier durant le jour ou la nuit. Ce qui m'intéresse, ce sont les aliments que votre enfant a consommés, que ce soit à la maison, ou quelque part ailleurs. Veuillez inclure les collations et les petits repas comme les repas principaux.</p> <p>Je vais vous poser des questions concernant différents aliments, et je voudrais savoir si l'enfant a mangé l'aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments.</p> <p>Ne répondez pas 'oui' à propos d'un aliment ou d'un ingrédient utilisé seulement en petite quantité pour ajouter du goût à un plat.</p> <p>Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce que (NOM) a reçu :</p> <p>a) [INSÉRER LE(S) TERME(S) GÉNÉRALEMENT UTILISÉ(S) OU NOM(S) SPÉCIFIQUE(S) POUR YAOURT OU POUR YAOURT À BOIRE]?</p> <p>SI OUI:</p> <p>Combien de fois (NOM) a-t-il reçu [INSÉRER LE(S) TERME(S) GÉNÉRALEMENT UTILISÉ(S) OU NOM(S) SPÉCIFIQUE(S) POUR YAOURT OU POUR YAOURT À BOIRE]?</p> <p>SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.</p> <p>(NOM) a-t-il/elle reçu n'importe quel [INSÉRER LES TERMES GÉNÉRALEMENT UTILISÉS OU NOMS SPÉCIFIQUES DES TYPES COURANTS DE YAOURT OU YAOURT À BOIRE] [pour /à] boire ?</p> <p>SI OUI : Était-il un type de boisson sucrée [ou aromatisée] ?</p>		OUI	NON	NSP	
	a) [INSÉRER LE(S) TERME(S) GÉNÉRALEMENT UTILISÉ(S) OU NOM(S) SPÉCIFIQUE(S) POUR YAOURT OU POUR YAOURT À BOIRE]?	a)	1	2	8	
	SI OUI:					
	Combien de fois (NOM) a-t-il reçu [INSÉRER LE(S) TERME(S) GÉNÉRALEMENT UTILISÉ(S) OU NOM(S) SPÉCIFIQUE(S) POUR YAOURT OU POUR YAOURT À BOIRE]?	NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A REÇU DU YAOURT	<input type="text"/>		8	
	SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTREZ '7'.					
	(NOM) a-t-il/elle reçu n'importe quel [INSÉRER LES TERMES GÉNÉRALEMENT UTILISÉS OU NOMS SPÉCIFIQUES DES TYPES COURANTS DE YAOURT OU YAOURT À BOIRE] [pour /à] boire ?	REÇU DU YAOURT À BOIRE ..	1	2	8	
	SI OUI : Était-il un type de boisson sucrée [ou aromatisée] ?	SUCRÉE ..	1	2	8	
	b) Des bouillies, du pain, du riz, des nouilles, des pâtes ou [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS À BASE DE GRAINES COURAMMENT CONSOMMÉS, COMPRENANT LES PLATS À BASE DE RIZ, DE PÂTES, ETC.] ?	b)	1	2	8	
	c) Des citrouilles, carottes, courges [ou patates douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur] ?	c)	1	2	8	
	d) Des plantains, pommes de terre blanches, ignames blancs, manioc, ou [INSÉRER D'AUTRES TUBERCULES FARINEUX COURAMMENT CONSOMMÉS OU DES TUBERCULES QUI SONT BLANCS OU PÂLES À L'INTÉRIEUR] ?	d)	1	2	8	
	e) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 LÉGUMES À FEUILLES VERT FONCÉ, RICHES EN VITAMINE A COURAMMENT CONSOMMÉS], ou d'autres légumes à feuilles vert foncé?	e)	1	2	8	
	f) D'autres légumes tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 AUTRES LÉGUMES COURAMMENT COMSOMMÉS] ou autres légumes?	f)	1	2	8	
	g) Des mangues ou des papayes mures ou [INSÉRER D'AUTRES FRUITS RICHES EN VITAMINE A COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	g)	1	2	8	
	h) D'autres fruits tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 AUTRES FRUITS COURAMMENT CONSOMMÉS] ou autres fruits?	h)	1	2	8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
	i) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	i) 1	2	8	
	j) Du foie, des rognons, du cœur ou [INSÉRER D'AUTRES ABATS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	j) 1	2	8	
	k) De la saucisse, des hot dogs, saucisses de Francfort, du jambon, bacon, salami, viande en boîte, ou [INSÉRER D'AUTRES VIANDES TRANSFORMÉES COURAMMENT CONSOMMÉES] ?	k) 1	2	8	
	l) D'autres viandes tels que le bœuf, le porc, l'agneau, la chèvre, le poulet, le canard, ou [INSÉRER D'AUTRES GIBIERS SAUVAGES COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	l) 1	2	8	
	m) Des œufs ?	m) 1	2	8	
	n) Haricots, pois, lentilles, ou [INSÉRER PRÉPARATIONS COURANTES À BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES] ?	n) 1	2	8	
	o) Noix, graines, ou [INSÉRER NOIX OU GRAINES COURAMMENT CONSOMMÉES] ?	o) 1	2	8	
	p) Du fromage dur ou à pâte molle tels que [INSÉRER DES TYPES DE FROMAGE COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	p) 1	2	8	
(11)	q) Des insectes [INSÉRER D'AUTRES PETITS ALIMENTS PROTÉINÉS COURAMMENT CONSOMMÉS TELS QUE DES LARVES (VERS, CHENILLES), DES OEUF D'INSECTE, DES ESCARGOTS DE TERRE ET DE MER, DES OEUF DE POISSON , OU DES ARAIGNÉES]?	q) 1	2	8	
	r) [Chocolats, confiseries, pâtisseries, gâteaux, biscuits, des friandises glacées comme des crèmes glacées et des glaces à l'eau]?	r) 1	2	8	
(12)	s) [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS SUCRÉS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	s) 1	2	8	
	t) Chips, chips soufflés, frites, beignets, nouilles à cuisson rapide, ou [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS FRITS ET SALÉS LES PLUS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	t) 1	2	8	
(11)	u) Huile de palme rouge?	u) 1	2	8	
	v) N'importe quel autre aliment solide, semi-solide ou mou ? SI OUI : Quel était cet aliment ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>. S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	v) 1 AUTRE(S) ALIMENT(S) _____ (PRÉCISEZ)	2	8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
638	VÉRIFIEZ 637 (CATÉGORIES 'a' À 'v') : PAS UN SEUL 'OUI' <input type="checkbox"/> AU MOINS UN 'OUI' <input type="checkbox"/>		640
639	Est-ce que (NOM) a mangé des aliments solides, semi-solides ou mous hier durant le jour ou la nuit ? SI 'OUI' INSISTEZ : Quel type d'aliments solides, semi-solides ou mous (NOM) a-t-il/elle mangés ?	OUI 1 (RETOURNEZ À 637 POUR INSCRIRE LES ALIMENTS CONSOMMÉS HIER) (PUIS CONTINUEZ AVEC 640) NON 2	641
640	Combien de fois (NOM) a-t-il mangé des aliments solides, semi-solides ou mous durant le jour ou la nuit ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'.	NOMBRE DE FOIS <input type="checkbox"/> NE SAIT PAS 8	
641	Au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'un prestataire de santé ou un agent de santé communautaire vous a dit comment nourrir (NOM) et quels aliments lui donner ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
642	La dernière fois que (NOM) est allé aux toilettes, qu'est-ce qui a été fait pour se débarrasser des selles ?	ENFANT A UTILISÉ TOILETTES OU LATRINES 01 JETÉES/RINSÉES DANS TOILETTES OU LATRINE 02 JETÉES/RINSÉES DANS ÉGOUT OU CANIVEAU 03 JETÉES AUX ORDURES 04 ENTERRÉES 05 LAISSÉES À L'AIR LIBRE 06 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
643 (10)	Je voudrais vous demander maintenant quels aliments et quelles boissons vous avez consommés hier durant le jour ou la nuit, que ce soit à la maison ou quelque part d'autre. Veuillez inclure des gouters ou petits repas ainsi que des repas principaux. Je vais vous poser des questions sur différents aliments et boissons, et je voudrais savoir si votre enfant a mangé cet aliment même s'il était mélangé à d'autres aliments. Ne répondez pas 'oui' pour un aliment ou un ingrédient utilisé en petite quantité que pour ajouter du gout à un plat. Hier, durant le jour ou la nuit, est-ce-que vous avez mangé ou bu :		
	a) Des bouillies, du pain, du riz, des nouilles, des pâtes ou [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS À BASE DE GRAINES COURAMMENT CONSOMMÉS, COMPRENANT LES PLATS À BASE DE RIZ, DE PÂTES, ETC] ?	a) 1 2 8	
	b) Des citrouilles, carottes, courges [ou patates douces jaunes ou oranges à l'intérieur] ?	b) 1 2 8	
	c) Des plantains, pommes de terre blanches, ignames blancs, manioc, ou [INSÉRER D'AUTRES TUBERCULES FARINEUX COURAMMENT CONSOMMÉS OU DES TUBERCULES QUI SONT BLANCS OU PÂLES À L'INTÉRIEUR] ?	c) 1 2 8	
	d) N'importe quel légume à feuilles vert foncé tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 LÉGUMES À FEUILLES VERT FONCÉ, RICHES EN VITAMINE A COURAMMENT CONSOMMÉS], ou d'autres légumes à feuilles vert foncé?	d) 1 2 8	

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
(11)	e) D'autres légumes tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 AUTRES LÉGUMES COURAMMENT CONSOMMÉS] ou autres légumes?	e) 1	2	8	
	f) Des mangues mures ou des papayes mures ou [INSÉRER D'AUTRES FRUITS RICHES EN VITAMINE A COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	f) 1	2	8	
	g) D'autres fruits tels que [INSÉRER JUSQU'À 5 AUTRES FRUITS COURAMMENT CONSOMMÉS] ou autres fruits?	g) 1	2	8	
	h) Du poisson frais ou séché ou des crustacés ?	h) 1	2	8	
	i) Du foie, des rognons, du cœur ou [INSÉRER D'AUTRES ABATS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	i) 1	2	8	
	j) De la saucisse, des hot dogs, saucisses de Francfort, du jambon, bacon, salami, viande en boîte, ou [INSÉRER D'AUTRES VIANDES TRANSFORMÉES COURAMMENT CONSOMMÉES] ?	j) 1	2	8	
	k) D'autres viandes tels que le bœuf, le porc, l'agneau, la chèvre, le poulet, le canard, ou [INSÉRER D'AUTRES GIBIERS SAUVAGES COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	k) 1	2	8	
	l) Des œufs ?	l) 1	2	8	
	m) Haricots, pois, lentilles, ou [INSÉRER PRÉPARATIONS COURANTES À BASE DE HARICOTS, POIS, LENTILLES] ?	m) 1	2	8	
	n) Noix, graines, ou [INSÉRER NOIX OU GRAINES COURAMMENT CONSOMMÉES] ?	n) 1	2	8	
	o) Lait, fromage, yaourt, ou [INSÉRER D'AUTRES PRODUITS LAITIERS COURAMMENT CONSOMMÉS]?	o) 1	2	8	
(12)	p) Des insectes [INSÉRER D'AUTRES PETITS ALIMENTS PROTÉINÉS COURAMMENT CONSOMMÉS TELS QUE DES LARVES (VERS, CHENILLES), DES OEUFS D'INSECTE, DES ESCARGOTS DE TERRE ET DE MER, DES OEUFS DE POISSON , OU DES ARAIGNÉES]?	p) 1	2	8	
	q) [Chocolats, confiseries, pâtisseries, gâteaux, biscuits, des friandises glacées comme des crèmes glacées et des glaces à l'eau]?	q) 1	2	8	
	r) [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS SUCRÉS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	r) 1	2	8	
	s) Chips, chips soufflés, frites, beignets, nouilles à cuisson rapide, ou [INSÉRER D'AUTRES ALIMENTS FRITS ET SALÉS LES PLUS COURAMMENT CONSOMMÉS] ?	s) 1	2	8	
	t) Jus de fruits [ou boissons aromatisées aux fruits] ?	t) 1	2	8	
u) Sodas, boissons contenant du malt, boissons énergétiques?	u) 1	2	8		

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES			ALLEZ À
		OUI	NON	NSP	
(11)	v) Thé sucré, café sucré ou tisane sucrée [INSÉRER D'AUTRES BOISSONS SUCRÉES COURAMMENT CONSOMMÉES TELLES QUE DES BOISSONS AROMATISÉES AU CHOCOLAT ET DES YAOURTS À BOIRE SUCRÉS OU AROMATISÉS] ?	v)	1	2	8
	w) Huile de palme rouge?	w)	1	2	8
	x) D'autres liquides ? SI OUI : Quelle était cette boisson ?	x)	1	2	8
	SI OUI : La boisson était-elle sucrée ?	SUCRÉE	1	2	8
y) D'autres aliments ? SI OUI: Quels étaient ces aliments ? INDIQUEZ LE GROUPE D'ALIMENTS APPROPRIÉ POUR CHAQUE ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE, SI LE GROUPE N'EST PAS ENCORE CODÉ <OUI>. S'IL EST IMPOSSIBLE DE DÉTERMINER À QUEL GROUPE UN ALIMENT SUPPLÉMENTAIRE APPARTIENT, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ALIMENT.	y)	1	2	8	

SECTION 6. NOTES

- (1) N'inclure le produit que si (a) le pays a un programme national pour les comprimés/sirop, et si (b) le pays a un programme national pour les micronutriments multiples en poudre (MNP). Si un pays a les deux types de suppléments dans son programme national, conservez les deux produits. Supprimez cette question dans les pays n'ayant pas de programme national pour la supplémentation en fer pour les enfants.
- (2) Conformément aux directives de l'OMS, l'administration annuelle de vermifuges est recommandée lorsque la prévalence de référence des helminthes transmises par le sol se situe entre 20-50% et une administration semestrielle est recommandée lorsque la prévalence est >50%. Quand la prévalence est <50%, les pays peuvent choisir de changer la période de référence à WQ606 de 6 à 12 mois. La question devrait être supprimée dans les pays où il n'y a pas de programme de déparasitage.
- (3) La mesure 'c' concerne la mesure de la circonférence du bras à mi-hauteur (entre l'épaule et le coude) ou périmètre brachial (PB) (MUAC en Anglais). Reformulez cette question si nécessaire pour permettre aux mères de bien comprendre à quelle partie du corps se rapporte la question. Si un pays n'a pas un programme à grande échelle d'administration de soins de santé à base communautaire pour les enfants souffrant de malnutrition aiguë sévère (CMAM en Anglais), la question 'c' peut être supprimée.
- (4) Les termes utilisés pour la diarrhée doivent englober les expressions utilisées pour toutes les formes de diarrhée, y compris les selles avec du sang (pouvant signifier une dysenterie), des selles liquides, etc.
- (5) Les catégories de code doivent être développées localement; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.
- (6) Inclure dans la question, les noms/marques courants pour les liquides SRO préconditionnés. Si les liquides SRO préconditionnés ne sont pas disponibles dans le pays, cet élément doit être supprimé.
- (7) Si le gouvernement ne recommande pas une solution préparée à la maison, cet élément peut être supprimé de la question. Si le gouvernement recommande une solution préparée à la maison, cet élément doit être adapté en utilisant les termes locaux pour désigner cette solution. La catégorie doit refléter les ingrédients recommandés par le gouvernement pour préparer la solution.
- (8) La question doit être supprimée dans les pays qui ne sont pas affectés par le paludisme.
- (9) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du prétest. Tous les antipaludiques couramment utilisés dans le pays doivent être pris en compte dans les catégories de réponse. Des marques courantes de médicaments, telles que Bayer, Tylenol ou Paracetamol, doivent être ajoutées aux catégories de réponse pour l'aspirine, l'acétaminophène, le Paracétamol, ou Ibuprofen, de manière appropriée.
- (10) Toutes les catégories de groupes de boissons et d'aliments doivent être adaptées pour inclure les boissons et aliments couramment consommés dans le pays de l'enquête. Consultez The DHS Questionnaire Adaptation Guide (à paraître) qui fournit des informations pour adapter les groupes de boissons et d'aliments.
- (11) Cette catégorie de boissons ou d'aliments est facultative. Supprimez-la du questionnaire lorsque la catégorie n'est pas pertinente pour le pays. Quand vous supprimez des catégories facultatives, ne renumérotez pas les catégories d'aliments restantes.
- (12) Supprimez du questionnaire si l'adaptation ne comprend en compte qu'une seule question pour le groupe des aliments sucrés.

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À								
723	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	IL Y A DES JOURS 1 IL Y A DES SEMAINES 2 IL Y A DES MOIS 3 IL Y A DES ANNÉES 4	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> → 737								
724	VÉRIFIEZ 232 : PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓	ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 727								
725	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce que vous ou votre partenaire avait fait quelque chose ou utilisé une méthode pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte ?	OUI 1 NON 2	→ 727								
726	Quelle méthode avez-vous utilisé ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. SI LES CODES 'G' OU 'H' SONT ENCERCLÉS, ALLEZ À 728 MÊME SI UNE AUTRE MÉTHODE A ÉTÉ AUSSI UTILISÉE.	STÉRILISATION FÉMININE A STÉRILISATION MASCULINE B DIU C INJECTABLES D IMPLANTS E PILULE F CONDOM G CONDOM FÉMININ H CONTRACEPTION D'URGENCE I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHME L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y	→ 728								
727 (2)	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2	→ 730								
728 (2)	Quel est le nom de la marque du condom utilisé ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOÎTE.	MARQUE A 01 MARQUE B 02 MARQUE C 03 AUTRE 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98									

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
729 (2) (3)	<p>Où vous étiez-vous procuré le condom la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE..... 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ 21</p> <p>CLINIQUE PRIVÉE 22</p> <p>PHARMACIE 23</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 24</p> <p>CLINIQUE MOBILE 25</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ AGENT DE TERRAIN 26</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL ONG</p> <p>HÔPITAL ONG 31</p> <p>CLINIQUE ONG 32</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 41</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 42</p> <p>AMIS/PARENTS 43</p> <p>AUTRE 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	
730	<p>Quelle était votre relation avec cette personne avec qui vous avez eu des rapports sexuels ?</p> <p>SI PETIT AMI : Viviez-vous ensemble comme si vous étiez mariés ?</p> <p>SI OUI, ENREGISTREZ '2'. SI NON, ENREGISTREZ '3'.</p>	<p>MARI 1</p> <p>PARTENAIRE VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE .. 2</p> <p>PETIT AMI NE VIVANT PAS AVEC L'ENQUÊTÉE 3</p> <p>RENCONTRE OCCASIONNELLE 4</p> <p>CLIENT / TRAVAILLEUR DU SEXE 5</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p>	
731	<p>À part cette personne, avez-vous eu des rapports sexuels avec une autre personne au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→ 737
732 (2)	<p>La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cette deuxième personne, est-ce qu'un condom a été utilisé ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

(1) La question doit être supprimée dans les pays où la polygamie n'est pas pratiquée.

(2) Dans les pays qui ont un programme actif pour le condom féminin, la formulation de la question doit être modifiée pour prendre en compte le condom masculin et féminin.

(3) Les catégories de code doivent être développées localement; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																											
815	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :</p> <p>a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ?</p> <p>b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ?</p> <p>c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ?</p> <p>d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ?</p> <p>e) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur les média sociaux comme Facebook, Twitter ou Instagram ?</p> <p>f) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur un poster, une affiche, une brochure ?</p> <p>g) Avez-vous vu quelque chose sur la planification familiale sur une affiche extérieure ou un panneau d'affichage ?</p> <p>h) Avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale lors d'une réunion ou à l'occasion d'évènements dans la communauté ?</p>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td align="right">OUI</td> <td align="right">NON</td> </tr> <tr> <td>a) RADIO</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>b) TÉLÉVISION</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>c) JOURNAL OU MAGAZINE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>d) TÉLÉPHONE PORTABLE</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE ..</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS</td> <td align="right">1</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	a) RADIO	1	2	b) TÉLÉVISION	1	2	c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2	d) TÉLÉPHONE PORTABLE	1	2	e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM	1	2	f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE ..	1	2	g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE ..	1	2	h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS	1	2	
	OUI	NON																												
a) RADIO	1	2																												
b) TÉLÉVISION	1	2																												
c) JOURNAL OU MAGAZINE	1	2																												
d) TÉLÉPHONE PORTABLE	1	2																												
e) FACEBOOK/TWITTER/ INSTAGRAM	1	2																												
f) POSTER/AFFICHE/BROCHURE ..	1	2																												
g) AFFICHE/PANNEAU D'AFFICHAGE ..	1	2																												
h) RÉUNIONS/ÉVÈNEMENTS	1	2																												
816	<p>QUESTIONS OPTIONNELLES SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE.</p>																													
817	<p>VÉRIFIEZ 701 :</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION </p>		→ 901																											
818	<p>Qui décide habituellement si vous devez utiliser ou non la contraception, vous, votre (mari/partenaire), vous et votre (mari/partenaire) ensemble, ou quelqu'un d'autre ?</p>	<table border="0"> <tr> <td>ENQUÊTÉE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>MARI/PARTENAIRE</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE</td> <td align="right">3</td> </tr> <tr> <td>QUELQU'UN D'AUTRE</td> <td align="right">4</td> </tr> <tr> <td>AUTRE _____</td> <td align="right">6</td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">(PRÉCISEZ)</td> </tr> </table>	ENQUÊTÉE	1	MARI/PARTENAIRE	2	ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE	3	QUELQU'UN D'AUTRE	4	AUTRE _____	6	(PRÉCISEZ)		<p>→ 820</p> <p>→ 820</p>															
ENQUÊTÉE	1																													
MARI/PARTENAIRE	2																													
ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE	3																													
QUELQU'UN D'AUTRE	4																													
AUTRE _____	6																													
(PRÉCISEZ)																														
819	<p>Quand vous prenez cette décision avec votre (mari/partenaire), est-ce que vous diriez que votre opinion compte davantage, autant ou moins que celle de votre (mari/partenaire) ?</p>	<table border="0"> <tr> <td>COMPTE DAVANTAGE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>COMPTE AUTANT</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>COMPTE MOINS</td> <td align="right">3</td> </tr> </table>	COMPTE DAVANTAGE	1	COMPTE AUTANT	2	COMPTE MOINS	3																						
COMPTE DAVANTAGE	1																													
COMPTE AUTANT	2																													
COMPTE MOINS	3																													
820	<p>Est-ce qu'il est déjà arrivé que votre (mari/partenaire) ou un autre membre de la famille essaie de vous forcer ou de faire pression sur vous pour que vous tombiez enceinte alors que vous ne vouliez pas tomber enceinte ?</p>	<table border="0"> <tr> <td>OUI</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>NON</td> <td align="right">2</td> </tr> </table>	OUI	1	NON	2																								
OUI	1																													
NON	2																													
821	<p>VÉRIFIEZ 307 :</p> <p align="center"> <input type="checkbox"/> NON POSÉE <input type="checkbox"/> NI LUI, NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> IL OU ELLE STÉRILISÉ </p>		→ 901																											
822	<p>Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ?</p>	<table border="0"> <tr> <td>MÊME NOMBRE</td> <td align="right">1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'ENFANTS</td> <td align="right">2</td> </tr> <tr> <td>MOINS D'ENFANTS</td> <td align="right">3</td> </tr> <tr> <td>NE SAIT PAS</td> <td align="right">8</td> </tr> </table>	MÊME NOMBRE	1	PLUS D'ENFANTS	2	MOINS D'ENFANTS	3	NE SAIT PAS	8																				
MÊME NOMBRE	1																													
PLUS D'ENFANTS	2																													
MOINS D'ENFANTS	3																													
NE SAIT PAS	8																													

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
901	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→ 909
902	Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/>	
903	Est-ce que votre (mari/partenaire) a fréquenté l'école ?	OUI 1 NON 2	→ 906
904 (1)	Quel est le plus haut niveau d'étude qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur ?	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 NE SAIT PAS 8	→ 906
905 (1)	Quelle est la [CLASSE/ANNÉE] la plus élevée qu'il a achevée à ce niveau ? SI LE NOMBRE D'ANNÉES ACHEVÉES EST INFÉRIEUR À 1 ANNÉE À CE NIVEAU, ENREGISTREZ '00'.	[CLASSE/ANNÉE] <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	
906	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des sept derniers jours ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 908
907	Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 909
908	Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
909	En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des 7 derniers jours ?	OUI 1 NON 2	→ 913
910	Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ou elles ont une petite affaire ou elles travaillent dans la ferme ou dans l'affaire de la famille. Au cours des 7 derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ?	OUI 1 NON 2	→ 913
911	Bien que vous n'ayez pas travaillé au cours des 7 derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter par ce que vous avez eu un empêchement, pour maladie, vacances, congé maternité ou pour une autre raison ?	OUI 1 NON 2	→ 913
912	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	→ 917
913	Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ?	_____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	
914	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ?	MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
915	Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ?	TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3	
916	Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4	
917	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/> →	925
918	VÉRIFIEZ 916 : CODE '1' OU '2' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓	AUTRE <input type="checkbox"/> →	921
919	Habituellement, qui décide comment l'argent que vous gagnez va être utilisé : c'est vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
920	Est-ce que vous pensez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ?	PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÈS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8	922
921	Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), ou conjointement vous et votre (mari/partenaire) ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ)	
922	Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
923	Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	
924	Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ?	ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6	

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À																												
925	Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE 04 SEULE ET CONJOINTEMENT 05 N'EN POSSÈDE PAS 06	→ 928																												
926	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour une maison que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 928																												
927	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																													
928	Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ?	SEULE SEULEMENT 01 CONJOINTEMENT AVEC MARI/ PARTENAIRE SEULEMENT 02 CONJOINTEMENT AVEC QUELQU'UN D'AUTRE SEULEMENT 03 CONJOINTEMENT AVEC MARI/PARTENAIRE ET QUELQU'UN D'AUTRE 04 SEULE ET CONJOINTEMENT 05 N'EN POSSÈDE PAS 06	→ 930A																												
929	Avez-vous un titre de propriété ou un autre document reconnu par le gouvernement pour des terres que vous possédez ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→ 930A																												
930	Est-ce que votre nom figure sur ce document ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8																													
930A	Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser vous-même ?	OUI 1 NON 2	→ 930C																												
930B	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déposé vous-même de l'argent dans ce compte ou en avez-vous retiré ?	OUI 1 NON 2																													
930C	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé un téléphone portable pour faire des transactions financières comme envoyer ou recevoir de l'argent, payer des factures, acheter des biens ou des services ou recevoir un salaire ?	OUI 1 NON 2																													
931	PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th>PRES./ PRES./N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES.</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table>			PRES./ PRES./N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES.		ENFANTS < 10	1	2	3	MARI	1	2	3	AUTRES HOMMES	1	2	3	AUTRES FEMMES	1	2	3									
		PRES./ PRES./N'ÉCOUTE PAS ÉCOUTE. PAS. PRES.																													
ENFANTS < 10	1	2	3																												
MARI	1	2	3																												
AUTRES HOMMES	1	2	3																												
AUTRES FEMMES	1	2	3																												
932	<p>Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes :</p> <p>a) Si elle sort sans le lui dire ?</p> <p>b) Si elle néglige les enfants ?</p> <p>c) Si elle argumente avec lui ?</p> <p>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</p> <p>e) Si elle brûle la nourriture ?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) SORT SANS LE LUI DIRE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) NÉGLIGE LES ENFANTS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) ARGUMENTE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) REFUSE</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> RAP. SEXUELS</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) BRÛLE NOURRITURE</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8	b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8	c) ARGUMENTE	1	2	8	d) REFUSE				RAP. SEXUELS	1	2	8	e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8	
	OUI	NON	NSP																												
a) SORT SANS LE LUI DIRE	1	2	8																												
b) NÉGLIGE LES ENFANTS	1	2	8																												
c) ARGUMENTE	1	2	8																												
d) REFUSE																															
RAP. SEXUELS	1	2	8																												
e) BRÛLE NOURRITURE	1	2	8																												

(1) à adapter selon le système éducatif local.

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1000	Je voudrais maintenant parler avec vous du VIH et du sida.		
1001 (1)	Avez-vous déjà entendu parler du VIH ou du sida ?	OUI 1 NON 2	→ 1040
1002	VÉRIFIEZ 111 : ÂGE 15-24 ANS <input type="checkbox"/> ↓ 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 1008
1003	Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1004	Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1005	Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1006	Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1007	Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1008	Avez-vous entendu parler des TAR, c'est-à-dire des médicaments antirétroviraux qui traitent le VIH ?	OUI 1 NON 2	
1009	Est-ce qu'il y a des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme ayant contracté le VIH pour réduire le risque de transmission au bébé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1010 (2)(3)	Avez-vous entendu parler de la PrEP, c'est-à-dire un médicament que l'on prend tous les jours pour éviter qu'une personne ne contracte le VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1012
1011 (3)	Est-ce que vous approuvez les gens qui prennent un comprimé tous les jours pour éviter de contracter le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1012 (4)	VÉRIFIEZ 220 ET 223 : AUCUNE NAISSANCE VIVANTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 0-23 MOIS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/> ↓ DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE 24 MOIS OU PLUS AVANT L'ENQUÊTE <input type="checkbox"/>		→ 1024 → 1024
1013 (4)	VÉRIFIEZ 412 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ("TYPE 1"): A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/> ↓ PAS DE SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/>		→ 1018
1014 (4)	VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ.		
1015 (4)	Avez-vous fait un test du VIH dans le cadre des soins prénatals pendant que vous étiez enceinte de (NOM) ?	OUI 1 NON 2	→ 1018

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1016 (4) (5)	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE PRIVÉE..... 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 24 PHARMACIE 25 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 27 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG..... 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG _____ 36 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 41 LIEU DE TRAVAIL 42 CENTRE DE DÉTENTION 43 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1017 (4)	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	
1018 (4)	VÉRIFIEZ 435 POUR DERNIÈRE NAISSANCE VIVANTE ("TYPE 1") : UN CODE <input type="checkbox"/> AUTRE <input type="checkbox"/> '21-46' ENCERCLÉ ↓		→ 1021
1019 (4)	Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant la naissance du bébé, avez-vous fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1021
1020 (4)	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1022
1021 (4)	VÉRIFIEZ 1015 : OUI <input type="checkbox"/> NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/>		→ 1024
1022 (4)	Avez-vous été testée pour le VIH depuis que vous avez fait ce test durant votre grossesse ?	OUI 1 NON 2	→ 1025

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1023 (4)	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	→ 1028
1024	Avez-vous déjà fait un test du VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1032
1025	De quel mois et de quelle année date votre test du VIH le plus récent ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998	
1026 (5)	Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC, PRIVÉ, OU UNE ONG, ENREGISTREZ '96' ET ÉCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE .. 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE PRIVÉE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 24 PHARMACIE 25 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 26 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 27 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL ONG HÔPITAL ONG 31 CLINIQUE ONG 32 AUTRE SECTEUR MÉDICAL ONG 36 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 41 LIEU DE TRAVAIL 42 CENTRE DE DÉTENTION 43 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)	
1027	Avez-vous eu les résultats du test ?	OUI 1 NON 2	→ 1031

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1028	Quel était le résultat du test ?	POSITIF 1 NEGATIF 2 INDÉTERMINÉ 3 A REFUSÉ DE RÉPONDRE 4 N'A PAS REÇU LE RÉSULTAT DU TEST 5	→ 1031
1029	En quel mois et en quelle année avez-vous reçu votre premier résultat positif au test du VIH ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998 MÊME DATE QUE LE DERNIER TEST DU VIH 95	
1030	Est-ce que vous prenez actuellement des TAR qui sont des médicaments antirétroviraux ? Par actuellement, je veux dire que vous avez peut-être oublié certaines doses mais vous êtes toujours en train de prendre des TAR.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1031	Combien de fois, dans votre vie, avez-vous fait un test du VIH ? DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION; SI LE NOMBRE DE TESTS EST DE 95 OU PLUS, ENREGISTREZ '95'.	NOMBRE DE TESTS DU VIH <input type="text"/> <input type="text"/>	
1032	Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ?	OUI 1 NON 2	→ 1034
1033	Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ?	OUI 1 NON 2	
1034	Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1035	Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPEND 8	
1036 (6)	VÉRIFIEZ 1028 : CODE '1' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ AUTRE <input type="checkbox"/>		→ 1040
1037 (6)	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre vie en tant que personne vivant avec le VIH. Avez-vous révélé à quelqu'un d'autre que moi que vous avez le VIH ?	OUI 1 NON 2	
1038 (6)	Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : J'ai eu honte parce que j'ai le VIH.	D'ACCORD 1 PAS D'ACCORD 2	

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1039 (6)	<p>Dites-moi, s'il vous plaît, si au cours des 12 derniers mois, il vous est arrivé les choses suivantes ou si vous pensez qu'elles vous sont arrivées parce que vous avez le VIH :</p> <p>a) Les gens ont mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</p> <p>b) Quelqu'un a révélé que j'avais le VIH sans ma permission.</p> <p>c) J'ai été insultée, harcelée ou menacée parce que j'ai le VIH.</p> <p>d) Le personnel de santé a mal parlé de moi parce que j'ai le VIH.</p> <p>e) Le personnel de santé a crié sur moi, m'a grondée, m'a traitée de tous les noms ou m'a agressée verbalement d'une autre manière parce que j'ai le VIH.</p>	<p>OUI NON</p> <p>a) GENS ONT MAL PARLÉ DE MOI 1 2</p> <p>b) RÉVÉLÉ MON STATUT 1 2</p> <p>c) INSULTÉ 1 2</p> <p>d) PERSONNEL DE SANTÉ A MAL PARLÉ DE MOI 1 2</p> <p>e) PERSONNEL DE SANTÉ VERBALEMENT AGRRESSIF .. 1 2</p>	
1040 (1)	<p>VÉRIFIEZ 1001 :</p> <p>A ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>PAS ENTENDU PARLER DU VIH OU DU SIDA <input type="checkbox"/></p> <p>a) À part le VIH, avez-vous entendu parler d'autres infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p> <p>b) Avez-vous entendu parler d'infections qui peuvent se transmettre par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
1041	<p>VÉRIFIEZ 722 :</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 1046
1042	<p>VÉRIFIEZ 1040 : A ENTENDU PARLER D'AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES ?</p> <p>OUI <input type="checkbox"/></p> <p>NON <input type="checkbox"/></p>		→ 1044
1043	<p>J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre santé au cours des 12 derniers mois. Durant les 12 derniers mois, avez-vous eu une maladie que vous avez contractée par contact sexuel ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1044	<p>Il arrive parfois que les femmes aient des pertes vaginales, anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1045	<p>Il arrive parfois que les femmes aient une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
1046	<p>Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle demande qu'un condom soit utilisé quand ils ont des rapports sexuels ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	

SECTION 10. VIH/SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1047	Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1048	VÉRIFIEZ 701 : ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME ↓	PAS EN UNION <input type="checkbox"/> → 1101	
1049	Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	
1050	Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ?	OUI 1 NON 2 ÇA DÉPEND/PAS SÛRE 8	

(1) Supprimez la question 1001 dans les pays où la connaissance du VIH et du sida est pratiquement généralisée. Si 1001 est supprimée, réviser 1040 pour enlever la référence à 1001 et l'option b). Seul le texte de l'option a) restera.

(2) PrEP désigne la prophylaxie pré-exposition. Utilisez, le cas échéant, le terme local pour PrEP.

(3) Supprimez ces questions si le pays n' a pas un programme national de PrEP.

(4) On peut envisager de supprimer la question dans les pays où la prévalence du VIH est faible.

(5) Les catégories de code doivent être développées localement; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues.

(6) Ces questions sont utilisées pour rendre compte d'un indicateur de suivi mondial du sida (GAM) de l'ONUSIDA. Elles devraient être utilisées dans les pays avec ou sans dépistage du VIH. Cependant, si la prévalence estimée du VIH dans un pays est moins d'1 %, il est conseillé de supprimer ces questions, car le nombre de répondants séropositifs autodéclarés sera extrêmement faible, même au niveau national. Pour les pays dont la prévalence estimée du VIH est moins de 2 %, la taille de l'échantillon anticipé doit être prise en compte pour décider de retenir ou de supprimer les questions.

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À
1101 (1)	Combien de minutes faut-il pour aller de votre maison à l'établissement de santé le plus proche, qui peut être un hôpital, une clinique, un cabinet médical ou un poste de santé ?	MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
1102	Comment est-ce que vous allez dans cet établissement de santé depuis votre maison ? SI PLUS D'UN MOYEN DE DÉPLACEMENT EST MENTIONNÉ, ENCERCLÉ LE PREMIER DE LA LISTE.	MOTORISÉ VOITURE/CAMION 01 BUS PUBLIC 02 MOTOCYCLETTE/SCOOTER 03 BATEAU À MOTEUR 04 NON MOTORISÉ CHARRETTE TIRÉE PAR UN ANIMAL 05 BICYCLETTE 06 BATEAU SANS MOTEUR 07 EN MARCHANT 08 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ)	
1103	Est-ce qu'un médecin ou un autre prestataire de santé a examiné vos seins pour le cancer du sein ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1104	Je vais maintenant vous poser des questions sur des tests qu'un prestataire de santé peut faire pour le cancer du col utérin qui est le cancer dans le col de l'utérus. Le cervix ou col de l'utérus relie l'utérus au vagin. Pour faire un dépistage du cancer du col de l'utérus, on demande à la femme de s'allonger sur le dos avec les jambes relevées. Le prestataire de santé utilise ensuite une petite brosse ou une petite tige pour prélever un échantillon de cellules à l'intérieur du col de l'utérus. Le prélèvement est envoyé dans un laboratoire pour être testé. Le test est appelé frottis vaginal ou test du VPH. Il existe une autre méthode appelée IVA ou Inspection Visuelle à l'Acide Acétique. Au cours de ce test, le prestataire de santé applique du vinaigre sur le col de l'utérus pour voir s'il se produit une réaction.		
1105	Est-ce que vous avez déjà été testée par un médecin ou un autre prestataire de santé pour le cancer du col de l'utérus ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	
1106	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation de tabac, que ce soit en le fumant ou en l'utilisant d'une autre manière. Est-ce que vous fumez actuellement des cigarettes chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1108
1107	En moyenne, combien de cigarettes fumez-vous actuellement par jour ?	NOMBRE DE CIGARETTES <input type="text"/> <input type="text"/>	
1108	Actuellement, est-ce que vous fumez ou utilisez un autre type de tabac chaque jour, certains jours ou pas du tout ?	CHAQUE JOUR 1 CERTAINS JOURS 2 PAS DU TOUT 3	→ 1110
1109 (2)	Actuellement, quel autre type de tabac fumez-vous ou utilisez-vous ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	KRETEKS A PIPES REMPLIES DE TABAC B CIGARES, CHERROOTS, OU CIGARILLOS .. C PIPE À EAU D TABAC À CHIQUER E SNUFF À PRISER F TABAC À MÂCHER G CHIQUER DE BETEL AVEC TABAC H AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)	
1110	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur la consommation d'alcool. Est-ce que vous avez déjà bu de l'alcool, comme de la bière, du vin, des liqueurs ou [AJOUTER D'AUTRES EXEMPLES LOCAUX] ?	OUI 1 NON 2	→ 1113

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLEZ À															
1111	<p>Au cours du dernier mois, quel est le nombre de jours pendant lesquels vous avez vu une boisson alcoolisée ?</p> <p>DANS LE CAS D'UNE RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE RÉPOND 'CHAQUE JOUR ' OU 'PRESQUE CHAQUE JOUR ,' ENCERCLEZ LE CODE'95'.</p>	<p>N'A PAS BU D'ALCOOL 00</p> <p>NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR/ PRESQUE CHAQUE JOUR 95</p>	→ 1113															
1112	<p>Nous considérons qu'une canette ou une bouteille de bière, un verre de vin, un verre de liqueur ou un verre de [AJOUTER DES EXEMPLES LOCAUX] est un verre d'alcool. Au cours du dernier mois, les jours où vous avez bu de l'alcool, combien de verres buviez-vous habituellement par jour?</p> <p>MONTREZ LES PHOTOS DE VERRES STANDARD DES BOISSONS ALCOOLISÉES</p>	<p>MOINS D'UN VERRE STANDARD 00</p> <p>NOMBRE DE VERRES <input type="text"/> <input type="text"/></p>																
1113	<p>Différentes raisons peuvent empêcher les femmes d'obtenir un avis médical ou de se faire soigner. Quand vous êtes malade et que vous voulez un avis médical ou un traitement, est-ce que chacune des raisons suivantes constitue, pour vous, un problème important ou bien ce n'est pas un problème</p> <p>a) Obtenir la permission d'aller voir un médecin ? b) Obtenir l'argent nécessaire pour le conseil ou le traitement ? c) La distance pour atteindre l'établissement de santé ? d) Ne pas vouloir y aller seule ?</p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>PROBLÈME IMPORTANT</th> <th>PAS UN PROBLÈME IMPORTANT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) PERMISSION</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) OBTENIR L'ARGENT ..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) DISTANCE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>d) ALLER SEULE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT	a) PERMISSION	1	2	b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2	c) DISTANCE	1	2	d) ALLER SEULE	1	2	
	PROBLÈME IMPORTANT	PAS UN PROBLÈME IMPORTANT																
a) PERMISSION	1	2																
b) OBTENIR L'ARGENT ..	1	2																
c) DISTANCE	1	2																
d) ALLER SEULE	1	2																
1114 (3)	<p>Êtes-vous couverte par une assurance médicale ?</p>	<p>OUI 1 NON 2</p>	→ 1116															
1115 (3)	<p>Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ COMMUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ)</p>																
1116	<p>ENREGISTREZ L'HEURE.</p>	<p>HEURES <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/></p>																

(1) Adaptez les noms des types d'établissements de santé au contexte local.

(2) Ajoutez des termes locaux.

(3) Toutes les catégories de réponse doivent être adaptées au contexte du pays. Si un plan de services de santé prépayés ou d'autres types de plans sont disponibles dans le pays, ajoutez-les aux Qs. 1114 et 1115 et aux codes de réponse à Q. 1115.

INSTRUCTIONS:

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

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

COLONNE 1: NAISSANCES, GROSSESSES, UTILIS. CONTRACEP. (2)

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE

3 DIU

4 INJECTABLES

5 IMPLANTS

6 PILULE

7 CONDOM

8 CONDOM FÉMININ

9 CONTRACEPTION D'URGENCE

J MÉTHODE DES JOURS FIXES

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

L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT

X AUTRE MÉTHODE MODERNE

Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT

1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT

2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE

3 MARI/PARTENAIRE DÉSA approuvé

4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE

5 MODIFICATIONS MENSTRUELLES

6 AUTRES EFFETS SECONDAIRES/
SOUCIS CONCERNANT LA SANTÉ

7 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ

8 COÛTE TROP CHER

N PAS PRATIQUE À UTILISER

F FATALISTE

A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE

D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION

X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2020. Pour la collecte commençant en 2021, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2014 doit être changé en 2015, 2015 doit être changé en 2016, 2016 doit être changé en 2017, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

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

			COL. 1	COL. 2	
	12	DEC	01		
	11	NOV	02		
	10	OCT	03		
	09	SEP	04		
2	08	AOÛT	05		2
0	07	JUL	06		0
2	06	JUIN	07		2
0	05	MAI	08		0
	04	AVRIL	09		
(1)	03	MARS	10		
	02	FEVRIER	11		
	01	JAN	12		
<hr/>					
	12	DEC	13		
	11	NOV	14		
	10	OCT	15		
	09	SEP	16		
2	08	AOÛT	17		2
0	07	JUL	18		0
1	06	JUIN	19		1
9	05	MAI	20		9
	04	AVRIL	21		
	03	MARS	22		
	02	FEVRIER	23		
	01	JAN	24		
<hr/>					
	12	DEC	25		
	11	NOV	26		
	10	OCT	27		
	09	SEP	28		
2	08	AOÛT	29		2
0	07	JUL	30		0
1	06	JUIN	31		1
8	05	MAI	32		8
	04	AVRIL	33		
	03	MARS	34		
	02	FEVRIER	35		
	01	JAN	36		
<hr/>					
	12	DEC	37		
	11	NOV	38		
	10	OCT	39		
	09	SEP	40		
2	08	AOÛT	41		2
0	07	JUL	42		0
1	06	JUIN	43		1
7	05	MAI	44		7
	04	AVRIL	45		
	03	MARS	46		
	02	FEVRIER	47		
	01	JAN	48		
<hr/>					
	12	DEC	49		
	11	NOV	50		
	10	OCT	51		
	09	SEP	52		
2	08	AOÛT	53		2
0	07	JUL	54		0
1	06	JUIN	55		1
6	05	MAI	56		6
	04	AVRIL	57		
	03	MARS	58		
	02	FEVRIER	59		
	01	JAN	60		
<hr/>					
	12	DEC	61		
	11	NOV	62		
	10	OCT	63		
	09	SEP	64		
2	08	AOÛT	65		2
0	07	JUL	66		0
1	06	JUIN	67		1
5	05	MAI	68		5
	04	AVRIL	69		
	03	MARS	70		
	02	FEVRIER	71		
	01	JAN	72		

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE
