

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 [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 questions car votre opinion est très importante. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante ; vous pouvez également interrompre l'interview à n'importe quel moment.

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

Avez-vous des questions à me poser ?

SIGNATURE DE L'ENQUÊTRICE : _____ DATE _____

L'ENQUÊTÉE ACCEPTE
D'ÊTRE INTERVIEWÉE .. 1

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



SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|---|---------|
| 101 | INSCRIVEZ L'HEURE. | HEURES <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 102 | Depuis combien de temps vivez-vous de manière continue à (NOM DE LA VILLE, PETITE VILLE OU VILLAGE ACTUEL DE RÉSIDENCE) ? SI MOINS D'UNE ANNÉE, INSCRIVEZ '00' ANNÉE. | ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> DEPUIS TOUJOURS 95 VISITEUR 96 | → 105 |
| 103 | Juste avant d'habiter ici, est-ce que vous viviez dans une ville, une petite ville ou en zone rurale ? | VILLE 1 PETITE VILLE 2 ZONE RURALE 3 | |
| 104 | Juste avant d'habiter ici, dans quelle/quel [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] est-ce que vous viviez ? | [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 01 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 02 [PROVINCE/RÉGION/ÉTAT] 03 EN DEHORS DU [PAYS] 96 | |
| 105 | En quel mois et en quelle année êtes-vous née ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAIT PAS L'ANNÉE 9998 | |
| 106 | Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? COMPAREZ ET CORRIGEZ 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENT. | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 107 | Êtes-vous allée à l'école ? | OUI 1 NON 2 | → 111 |
| 108 (2) | Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur ? | PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPÉRIEUR 3 | |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|--|---------|
| 109 (2) | 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"/> | |
| 110 | VÉRIFIEZ 108: PRIMAIRE OU <input type="checkbox"/> SECONDAIRE ↓ | SUPÉRIEUR <input type="checkbox"/> | → 113 |
| 111 (3) | Je voudrais maintenant que vous me lisiez cette phrase. MONTREZ LA CARTE À L'ENQUÊTÉE. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE, INSISTEZ : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ? | NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT SEULEMENT LIRE UNE PARTIE DE LA PHRASE 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3 PAS DE CARTE DANS LA LANGUE DEMANDÉE 4 (PRÉCISEZ LA LANGUE) AVEUGLE/PROBLÈMES DE VUE 5 | |
| 112 | VÉRIFIEZ 111: CODE '2', '3' <input type="checkbox"/> OU '4' ↓ ENCERCLÉ | CODE '1' OU '5' <input type="checkbox"/> ENCERCLÉ | → 114 |
| 113 | Lisez-vous un journal ou un magazine au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3 | |
| 114 | Écoutez-vous la radio au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3 | |
| 115 | Regardez-vous la télévision au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? | AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 1 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 2 PAS DU TOUT 3 | |
| 116 | Est-ce que vous possédez un téléphone portable ? | OUI 1 NON 2 | → 118 |
| 117 | Est-ce que vous utilisez votre téléphone portable pour faire des opérations financières ? | OUI 1 NON 2 | |
| 118 | Avez-vous un compte dans une banque ou dans une autre institution financière que vous pouvez utiliser | OUI 1 NON 2 | |
| 119 | Avez-vous déjà utilisé internet ? | OUI 1 NON 2 | → 122 |
| 120 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé internet ? SI NÉCESSAIRE, INSISTEZ POUR L'UTILISATION À PARTIR DE N'IMPORTE QUEL ENDROIT AVEC N'IMPORTE QUEL APPAREIL. | OUI 1 NON 2 | → 122 |
| 121 | Au cours du dernier mois, combien de fois avez-vous utilisé internet: presque chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout ? | PRESQUE CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4 | |

SECTION 1. CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DE L'ENQUÊTÉE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|---|---|---------|
| 122 | QUESTIONS SUR LA RELIGION SPÉCIFIQUES AU PAYS, SI APPROPRIÉ. | | |
| 123 | QUESTIONS SUR L'ETHNIE SPÉCIFIQUES AU PAYS, SI APPROPRIÉ. | | |
| 124 (4) | Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous est-il arrivé de passer une nuit ou plus ailleurs que chez vous ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> AUCUNE 00 → 201 | |
| 125 (4) | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été absente de chez vous pendant plus d'un mois d'affilée ? | OUI 1 NON 2 | |

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

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

(3) 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.

(4) Dans les pays à faible prévalence du VIH, on peut supprimer la question.

SECTION 2. REPRODUCTION

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

SECTION 2. REPRODUCTION

| 211 Je voudrais maintenant faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première. INSCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À 212. INSCRIVEZ LES JUMEAUX/TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES. S'IL Y A PLUS DE 10 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE, EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE . | | | | | | | | | |
|---|---------------------------------------|--|---|--|--|--|---|--|---|
| 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 |
| Quel nom a été donné à votre (premier enfant/ enfant suivant) ? | (NOM) est-il un garçon ou une fille ? | Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux ? | Quel jour, quel mois et quelle année (NOM) est-il/elle né(e) ? | (NOM) est-il/elle encore en vie ? | SI EN VIE: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? | SI EN VIE: (NOM) vit-il/elle avec vous ? | SI EN VIE: INSCRIVEZ LE No DE LIGNE DE L'ENFANT DU TABLEAU MÉNAGE. INSCRIVEZ '00' SI L'ENFANT N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE. | SI DÉCÉDÉ: Quel âge avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? SI '12 MOIS' OU '1 AN', DEMANDEZ: Est-ce que (NOM) avait eu son premier anniversaire ? PUIS DEMANDEZ: Exactement combien de mois avait (NOM) quand (il/elle) est décédé ? INSCRIVEZ EN JOURS SI L'ENFANT A MOINS D'1 MOIS; EN MOIS, SI L'ENFANT A MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES. | Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM), y compris des enfants qui sont décédés après la naissance ? |
| INSCRIVEZ LE NOM. NO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. | | | | | INSCRIVEZ L'ÂGE EN ANNÉE RÉVOLUE . | | | | |
| 01 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (NAISSANCE SUIVANTE) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 02 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 03 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 04 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | YES 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |
| 05 | GAR. 1 FILLE 2 | SIMP. 1 MULT 2 | JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 ↓ (ALLEZ À 220) | ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 NON 2 | NO LIGNE DU MÉNAGE <input type="text"/> <input type="text"/> ↓ (ALLEZ À 221) | JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 2 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 3 <input type="text"/> <input type="text"/> | OUI 1 (AJOUT . NAIS.) NON 2 (NAIS SUIV.) |

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

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|---------|--|---|---------|
| 222 | Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE) ? | OUI 1 (INSCRIVEZ LA/LES NAISS. DANS LE TABLEAU) NON 2 | |
| 223 | COMPAREZ 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS LE TABLEAU DES NAISSANCES NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> (INSISTEZ ET CORRIGEZ) | | |
| 224 (1) | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NOMBRE DE NAISSANCES DANS 2010-2015 | NOMBRE DE NAISSANCE: <input type="text"/> AUCUNE 0 | → 226 |
| 225 (1) | C POUR CHAQUE NAISSANCE DANS 2010-2015, INSCRIVEZ 'N' AU MOIS DE NAISSANCE DANS LE CALENDRIER. INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENFANT À GAUCHE DU CODE 'N'. POUR CHAQUE NAISSANCE, DEMANDEZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS QUE LA GROSSESSE A DURÉ ET INSCRIVEZ 'G' À CHACUN DES MOIS PRÉCÉDENTS SELON LA DURÉE DE LA GROSSESSE. (NOTE: LE NOMBRE DE 'G' DOIT ÊTRE INFÉRIEUR DE 1 AU NOMBRE DE MOIS QUE LA GROSSESSE A | | |
| 226 | Êtes-vous actuellement enceinte ? | OUI 1 NON 2 PAS SÛRE 8 | → 230 |
| 227 | Depuis combien de mois êtes-vous enceinte ? ENREGISTREZ LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS. C INSCRIVEZ 'G' DANS LE CALENDRIER, EN COMMENÇANT PAR LE MOIS DE L'ENQUÊTE ET POUR LE NOMBRE TOTAL DE MOIS RÉVOLUS. | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 228 | Quand vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 | → 230 |
| 229 | VÉRIFIEZ 208: NOMBRE TOTAL DE NAISSANCES UNE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard ou est-ce que vous ne vouliez pas avoir d'enfant ? | PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 | |
| 230 | Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ? | OUI 1 NON 2 | → 239 |
| 231 | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|---|---|---|
| 232 (1) | VÉRIFIEZ 231: DERNIÈRE GROSSESSE <input type="checkbox"/> | | → 234 |
| | | DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN 2009 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/> | → 239 |
| LINE NO. | 233 En quel mois et en quelle année la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée ? | 234 De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée ? | 235 (1) Depuis janvier 2010, avez-vous eu d'autres grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante ? |
| 01 | | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236 |
| 02 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236 |
| 03 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 NON 2 → LIG SUIV. → 236 |
| 04 | <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE | <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS | OUI 1 NON 2 → 236 |
| 236 (1) | <p>C POUR CHAQUE GROSSESSE QUI NE S'EST PAS TERMINÉE PAR UNE NAISSANCE VIVANTE EN 2010-2015 OU PLUS TARD, INSCRIVEZ 'F' DANS LE CALENDRIER AU MOIS OÙ LA GROSSESSE S'EST TERMINÉE ET 'G' POUR LE NOMBRE RESTANT DE MOIS RÉVOLUS.</p> <p>S'IL Y A PLUS DE QUATRE GROSSESSES QUI NE SE SONT PAS TERMINÉES PAR UNE NAISSANCE VIVANTE, UTILISEZ DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES EN COMMENÇANT À LA SECONDE LIGNE.</p> | | |
| 237 (1) | Avez-vous eu une grossesse qui a pris fin avant 2010 et qui s'est terminée par une fausse-couche, un avortement ou un mort-né ? | OUI 1 NON 2 | → 239 |
| 238 (1) | Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée avant 2010 ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 2. REPRODUCTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | |
|-----|--|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 239 | <p>Quand vos dernières règles ont-elles commencé ?</p> <p>_____</p> <p>(DATE, SI DONNÉE)</p> | <p>IL Y A JOURS 1</p> <p>IL Y A SEMAINES 2</p> <p>IL Y A MOIS 3</p> <p>IL Y A ANNÉES 4</p> <p>EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE 994</p> <p>AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE 995</p> <p>JAMAIS EU DE RÈGLES 996</p> | <table border="1"> <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 | <p>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 ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>PAS SÛRE 8</p> | → 242 | | | | | | | | |
| 241 | <p>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 ?</p> | <p>JUSTE AVANT QUE LES RÈGLES COMMENCENT 1</p> <p>PENDANT LES RÈGLES 2</p> <p>JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3</p> <p>AU MILIEU, ENTRE DEUX PÉRIODES DE RÈGLES 4</p> <p>AUTRE 6</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | |
| 242 | <p>Après la naissance d'un enfant, est-ce qu'une femme peut tomber enceinte avant que ses règles soient revenues ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | |

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

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 un ou plusieurs mois. | 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) | Pilule du lendemain. INSISTEZ : Les femmes peuvent prendre pendant trois jours après des rapports sexuels non protégés des pilules spéciales qui les empêchent de tomber enceintes. | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| | | |
|-------------------|--|---|
| <p>10 (2)</p> | <p>Méthode des jours fixes. INSISTEZ : Les femmes utilisent un collier de perles de couleur différente pour connaître les jours où elles peuvent tomber enceintes. Durant ces jours où elles peuvent tomber enceintes, elles utilisent un condom ou elles s'abstiennent de rapports sexuels.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| <p>11 (3)</p> | <p>Méthode de l'aménorrhée et de l'allaitement maternel (MAMA). INSISTEZ : Pendant six mois après la naissance d'un enfant, avant que les règles ne soient revenues, les femmes utilisent une méthode qui nécessite d'allaiter fréquemment le jour et la nuit.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| <p>12</p> | <p>Méthode du rythme. INSISTEZ : Pour éviter une grossesse, les femmes n'ont pas de rapports sexuels les jours où elles pensent qu'elles peuvent tomber enceintes.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| <p>13</p> | <p>Retrait. INSISTEZ : Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> |
| <p>14</p> | <p>Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes qu'une femme ou un homme peut utiliser pour éviter une grossesse ?</p> | <p>OUI, MÉTHODE MODERNE _____ A (PRÉCISEZ) OUI, MÉTHODE TRADITIONNELLE _____ B (PRÉCISEZ) NON Y</p> |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|---|----------------------------------|
| 302 | VÉRIFIEZ 226: PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE ↓ | ENCEINTE <input type="checkbox"/> | → 312 |
| 303 | Est-ce que vous, ou votre partenaire, faites actuellement quelque chose ou est-ce que vous utilisez actuellement une méthode pour retarder ou éviter une grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 312 |
| 304 (4) | 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 PILULE DIU LENDEMAIN I MÉTHODE DES JOURS FIXES J MAMA K MÉTHODE DU RYTHMI L RETRAIT M AUTRE MÉTHODE MODERNE X AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE Y | → 307 → 309 → 306 → 309 |
| 305 | Quelle est la marque de pilule que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE. | MARQUE A 01 MARQUE B 02 MARQUE C 03 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98 | → 309 |
| 306 | Quelle est la marque de condom que vous utilisez actuellement ? SI LA MARQUE N'EST PAS CONNUE, DEMANDEZ À VOIR LA BOITE. | MARQUE A 01 MARQUE B 02 MARQUE C 03 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 98 | → 309 |

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | |
|------------|---|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 307 (5) | <p>Dans quel établissement a été effectuée la stérilisation ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINEZ LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ PAS DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ,</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT ... 12</p> <p>CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>CABINET MÉDICAL PRIVÉ 22</p> <p>CLINIQUE MOBILE 23</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | |
| 308 | <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 style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> | | | | | | | | | <p style="text-align: right;">} → 310</p> |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 309 | <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 style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 310 | <p>VÉRIFIEZ 308 ET 309, 215 ET 231: AUCUNE NAISSANCE OU GROSSESSE TERMINÉE APRÈS MOIS ET ANNÉE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION À 308 OU 309</p> <p>NON <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">RETOURNEZ À 308 OU 309, 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> <p style="text-align: right;">OUI <input type="checkbox"/></p> | | | | | | | | | | |

SECTION 3. CONTRACEPTION (OPTION PAPIER) (6)

| | |
|--------------------|--|
| <p>311 (7)</p> | <p>VÉRIFIEZ 308 ET 309:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>ANNÉE EST 2010- <input type="checkbox"/></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> <p style="text-align: center;">↓</p> </div> <div style="width: 45%; border-left: 1px dashed black; padding-left: 10px;"> <p>ANNÉE EST 2009 OR PLUS TÔT <input type="checkbox"/></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 2010.</p> <p style="text-align: right;">PUIS</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 324) ←</p> </div> </div> |
| <p>312 (7)</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 2010. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET P'RIODES 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) (6)

| | | | | |
|--------------------|--|--|---|---|
| <p>311 (7)</p> | <p>VÉRIFIEZ 308 ET 309: ANNÉE EST 2010-2015 <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION .</p> <p>ENSUITE CONTINUEZ</p> <p>↓</p> | <p>ANNÉE EST 2009 OU PLUS TÔT <input type="checkbox"/></p> <p>C INSCRIVEZ DANS LE CALENDRIER LE CODE POUR LA MÉTHODE UTILISÉE LE MOIS DE L'INTERVIEW ET POUR CHAQUE MOIS JUSQU'À JANVIER 2010 .</p> <p>ENSUITE</p> <p>(ALLEZ À 324) ←</p> | | |
| <p>312 (7)</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>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 2010. UTILISEZ LES NOMS DES ENFANTS, DATES DE NAISSANCE ET PÉRIODES DE GROSSESSE COMME DES POINTS DE RÉFÉRENCE.</p> | | | |
| | | <p>COLONNE 1</p> | <p>COLONNE 2</p> | <p>COLONNE 3</p> |
| <p>312A</p> | <p>MOIS ET ANNÉE DU DÉBUT DE L'INTERVALLE D'UTILISATION OU DE NON UTILISATION.</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>ANNÉE</p> |
| <p>312B</p> | <p>Entre (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) et (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE), avez-vous ou votre partenaire utilisé une méthode de contraception ?</p> | <p>OUI 1 NON 2] (ALLEZ À 312I) ←</p> | <p>OUI 1 NON 2] (ALLEZ À 312I) ←</p> | <p>OUI 1 NON 2] (ALLEZ À 312I) ←</p> |
| <p>312C</p> | <p>Quelle était cette méthode ?</p> | <p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p> | <p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p> | <p>CODE MÉTHODE .. <input type="text"/></p> |
| <p>312D</p> | <p>Combien de mois après (ÉVÈNEMENT) en (MOIS/ANNÉE) avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE) ? ENCERCLEZ '95' SI L'ENQUÊTÉE DONNE LA DATE DE DÉBUT D'UTILISATION DE LA</p> | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> | <p>IMMÉDIATEMENT 00</p> <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 312F) ←</p> <p>DATE DONNÉE 95</p> |

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|--|--|
| 313 | VÉRIFIEZ LE CALENDRIER POUR L'UTILISATION D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE À N'IMPORTE QUEL AUCUNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> UNE MÉTHODE UTILISÉE <input type="checkbox"/> | | → 315 |
| 314 | Avez-vous déjà utilisé quelque chose ou essayé par divers moyens de retarder ou d'éviter une grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 326 |
| 315 | VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE. | PAS DE CODE ENCERCLÉ 00 STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 MAMA 11 MÉTHODE DU RYTHMI 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLI 96 | → 326 → 319 → 327 → 323 |
| 316 (5) | Vous avez commencé à utiliser (MÉTHODE ACTUELLE) en (DATE À 309). Où l'avez-vous obtenue à ce moment-là ? INSISTEZ POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CLINIQUE PLANIFICATION FAMILIALE 13 CLINIQUE MOBILE 14 AGENT DE SANTÉ 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21 PHARMACIE 22 MÉDECIN PRIVÉ 23 CLINIQUE MOBILE 24 AGENT DE SANTÉ 25 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE 31 INSTITUTION RELIGIEUSE 32 AMIS/PARENTS 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | |
| 317 | VÉRIFIEZ 304: ENCERCLEZ LE CODE DE LA MÉTHODE: SI PLUS D'UN CODE MÉTHODE ENCERCLÉ À 304, ENCERCLEZ LE CODE DE LA PREMIÈRE MÉTHODE DE LA LISTE. | DIU 03 INJECTABLES 04 IMPLANTS 05 PILULE 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 PILULE DU LENDEMAIN 09 MÉTHODE DES JOURS FIXES 10 AUTRE MÉTHODE MODERNE 95 AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLI 96 | → 323 → 322 → 323 |

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|--|---------|
| 325 (5) | <p>Où avez-vous obtenu (MÉTHODE ACTUELLE) la dernière fois ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ</p> <p>_____ (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 FAMILIAL 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | → 327 |
| 326 | Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale ? | OUI 1 NON 2 | |
| 327 (8) | Au cours des 12 derniers mois, est-ce que vous avez reçu la visite d'un agent de santé ? | OUI 1 NON 2 | → 329 |
| 328 (8) | Est-ce que l'agent de santé vous a parlé de planification familiale ? | OUI 1 NON 2 | |
| 329 | <p>VÉRIFIEZ 202: ENFANT VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p>OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></p> <p>a) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ou pour vos enfants ?</p> <p>b) Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour recevoir des soins pour vous-même ?</p> | OUI 1 NON 2 | → 401 |
| 330 | Est-ce qu'un membre du personnel de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale ? | OUI 1 NON 2 | |

SECTION 3.NOTES

- (1) Des études ont montré que la pilule du lendemain 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 qui n'ont pas de programme de MJF. Dans ces pays, la MJF doit aussi être supprimée dans les codes aux Q. 304, 315, 317, 324, et à la colonne 1 du calendrier.
- (3) La Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) doit être supprimée dans les pays qui n'ont pas de programme de MAMA. Dans ces pays, la MAMA doit aussi être supprimée dans les codes aux Q. 304, 315, 324, et à la colonne 1 du calendrier.
- (4) D'autres méthodes couramment utilisées peuvent être ajoutées à la liste comme le patch contraceptif, l'anneau vaginal contraceptif ou l'éponge contraceptive. Tous les codes ajoutés à Q.304 doivent aussi être ajoutés aux Q. 315, 317, 324, et à la colonne 1 du calendrier. Ces méthodes ne doivent pas être ajoutées à Q.301.
- (5) Les codes doivent être développés localement et révisés sur la base du prétest; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Dans la catégorie Secteur médical privé, on peut ajouter des codes concernant des endroits affiliés à des institutions religieuses et à des ONG .
- (6) Si l'enquête est réalisée au moyen de questionnaires en papier, supprimez 311-312I dans L'OPTION CAPI. Si l'enquête est réalisée en utilisant CAPI, supprimez 311-312 de L'OPTION PAPIER .
- (7) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.
- (8) Dans les pays sans programme national d'agent de santé incluant la planification familiale, Q. 327 et 328 doivent être supprimés.

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| | | | |
|------------|--|--|---|
| 401 (1) | VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2010-2015 <input type="checkbox"/> | AUCUNE NAISSANCE EN 2010-2015 <input type="checkbox"/> | → 648 |
| 402 (1) | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 403 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 404 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2010-2015. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE. Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). | | |
| 403 | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES. | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO HISTORIQUE NAISSANCE <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 404 | À PARTIR DES QUESTIONS 212 ET 216: | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> |
| 405 | Quand vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous être enceinte à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 408) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← |
| 406 | VÉRIFIEZ 208: SEULEMENT UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> PLUS D'UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> a) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez pas d'enfant ? b) Est-ce que vous vouliez avoir un enfant plus tard, ou est-ce que vous ne vouliez plus d'enfant ? | PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À TO 408) ← | PLUS TARD 1 PLUS/AUCUN 2 (ALLEZ À 426) ← |
| 407 | Combien de temps de plus vouliez-vous attendre ? | MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 | MOIS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 |
| 408 | Avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals pour cette grossesse ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 414) ← | |
| 409 (2) | 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/ VILLAGE E AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------------|--|---|--------------------------|-----|-----|----------------------------------|--------------------|---|-------------------------------------|------------------|---|----------------------------------|-----------------|---|--|
| | | NOM _____ | NOM _____ | | | | | | | | | | | | |
| 410 (2) | <p>Où avez-vous reçu les soins prénatals pour cette naissance ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON A</p> <p>AUTRE MAISON B</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. D</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ H</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p align="center">(PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 411 | De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez reçu vos premiers soins prénatals pour cette grossesse ? | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 412 | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous reçu des soins prénatals ? | <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 413 | Est-ce qu'au cours des visites prénatales durant cette grossesse, les examens suivants ont été effectués au moins une fois : | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> </tr> <tr> <td>a) Vous a-t-on pris la tension ?</td> <td>a) TENSION 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ?</td> <td>b) URINE 1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>c) Vous a-t-on prélevé du sang ?</td> <td>c) SANG 1</td> <td>2</td> </tr> </table> | | OUI | NON | a) Vous a-t-on pris la tension ? | a) TENSION 1 | 2 | b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ? | b) URINE 1 | 2 | c) Vous a-t-on prélevé du sang ? | c) SANG 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | |
| a) Vous a-t-on pris la tension ? | a) TENSION 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| b) Vous a-t-on prélevé de l'urine ? | b) URINE 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| c) Vous a-t-on prélevé du sang ? | c) SANG 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 414 (3) | Durant cette grossesse, vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p align="center">(ALLEZ À 417) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 415 | Durant cette grossesse, combien de fois vous a-t-on fait une injection contre le tétanos ? | <p>NOMBRE DE FOIS <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 416 | VÉRIFIEZ 415: INJECTIONS ANTITÉTANIQUES | <p>2 FOIS OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>AUTRE <input type="checkbox"/></p> <p align="center">(ALLEZ À 420) ←</p> | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|-------------------|--|---|--|--------------------------|--|
| | | NOM _____ | | NOM _____ | |
| 417 | À n'importe quel moment avant cette grossesse, vous a-t-on fait des injections contre le tétanos ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 420) ← NE SAIT PAS 8 | | | |
| 418 | Avant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu des injections contre le tétanos ? SI 7 FOIS OU PLUS INSCRIVEZ '7'. | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8 | | | |
| 419 | VÉRIFIEZ 418: SEULEMENT <input type="checkbox"/> PLUS <input type="checkbox"/> UNE FOIS D'UNE FOIS 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 | IL Y A ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 420 (4) | Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des comprimés de fer ou du sirop contenant du fer ? MONTREZ LES COMPRIMÉS/SIROP. | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 422) ← NE SAIT PAS 8 | | | |
| 421 (4) (5) | Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris des comprimés ou du sirop ? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTEZ POUR OBTENIR UN NOMBRE | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998 | | | |
| 422 (6) | Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments contre les vers intestinaux ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | |
| 423 (7) | Durant cette grossesse, avez-vous pris de la SP/Fansidar pour éviter le paludisme ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 426) ← NE SAIT PAS 8 | | | |
| 424 (7) | Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous pris de la SP/Fansidar ? | NOMBRE DE FOIS ... <input type="text"/> <input type="text"/> | | | |
| 425 (7) | Vous a-t-on donné la SP/Fansidar durant une visite prénatale, durant une autre visite dans un établissement de santé ou l'avez-vous obtenue ailleurs ? SI PLUS D'UNE SOURCE, INSCRIVEZ LA PREMIÈRE SOURCE DE LA LISTE. | VISITE PRÉNATALE 1 AUTRE ÉTABLIS. DE SANTÉ .. 2 AILLEURS 6 | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | | | | | | | | | | | | |
|------------|---|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 430 (2) | <p>Où avez-vous accouché de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p align="center">_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11 (PASSEZ À 434) ←</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT... 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT... 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 _____ (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 _____ (PRÉCISEZ) (PASSEZ À 434) ←</p> | | | | | | | | | | | | |
| 431 | <p>Combien de temps après l'accouchement de (NOM) êtes-vous restée là ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>JOURS 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>SEMAINES 3 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table></p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 432 | <p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne, c'est-à-dire que l'on vous a ouvert le ventre pour faire sortir le bébé ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p> | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434) ←</p> | | | | | | | | | | | | |
| 433 | <p>Quand la décision de pratiquer une césarienne a-t-elle été prise ? Était-ce avant ou après le début des douleurs ?</p> | <p>AVANT 1 APRÈS 2</p> | <p>AVANT 1 APRÈS 2</p> | | | | | | | | | | | | |
| 434 | <p>Est-ce que (NOM) a été posé sur votre poitrine, immédiatement après sa naissance ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 434B) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 459) ←</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | |
| 434A | <p>Est-ce que la peau de (NOM) était en contact avec votre peau ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> | <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | | | | | | |
| 434B | <p>VÉRIFIEZ 430: LIEU D'ACCOUCHEMENT</p> | <p>CODE 11, 12, OR 96 ENCERCLÉ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table> AUTRE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table></p> <p>(ALLEZ À 449) ←</p> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|------------|--|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 435 | Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé pendant que vous étiez dans l'établissement ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 438) ← | | | | | | | |
| 436 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS. | HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS 998 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 437 (2) | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | PROF. DE SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | |
| 438 | Je voudrais maintenant vous parler d'examens de la santé de (NOM) après la naissance – par exemple, quelqu'un qui a examiné (NOM), qui a vérifié le cordon ombilical ou qui s'est assuré que (NOM) allait bien. Est-ce que quelqu'un a vérifié l'état de santé de (NOM) pendant que vous étiez encore dans l'établissement ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 441) ← NE SAIT PAS 8 | | | | | | | |
| 439 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen de (NOM) ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS. | HEURES 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 SEMAINES 3 NE SAIT PAS 998 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|------------|---|---|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 440 (2) | Qui a examiné l'état de santé de (NOM) à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE | PROF. DE SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | |
| 441 | Je voudrais maintenant parler de ce qui s'est passé après que vous ayez quitté l'établissement. Est-ce que quelqu'un a examiné votre état de santé après que vous ayez quitté l'établissement ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 445) ← | | | | | | | |
| 442 | Combien de temps après l'accouchement a eu lieu cet examen ? SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS. | HEURES 1 <table border="1" data-bbox="954 764 1078 814"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> JOURS 2 <table border="1" data-bbox="954 814 1078 865"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> SEMAINES 3 <table border="1" data-bbox="954 865 1078 915"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> NE SAIT PAS 998 | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 443 (2) | Qui a examiné votre état de santé à ce moment-là ? INSISTEZ POUR OBTENIR LA PERSONNE LA PLUS QUALIFIÉE. | PROF. DE SANTÉ MÉDECIN..... 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME.. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------------|--|--|---------------------------------------|
| 444 (2) | <p>Où a eu lieu l'examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> | |
| 445 | <p>Je voudrais parler des examens de l'état de santé de (NOM) après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430). Est-ce-qu'un prestataire de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) dans les deux mois après votre départ de (ÉTABLISSEMENT À 430) ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8</p> <p align="center">(ALLEZ À 457) ←</p> | |
| 446 | <p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), cet examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | |
| 447 (2) | <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 SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------------|--|--|---------------------------------------|
| 448 (2) | <p>Où a eu lieu l'examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON</p> <p>SA MAISON 11</p> <p>AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22</p> <p>POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>(ALLEZ À 457) ←</p> | |
| 449 | <p>Je voudrais vous parler de contrôle de votre santé après l'accouchement, par exemple quelqu'un qui vous a posé des questions sur votre santé ou vous a examinée. Est-ce que quelqu'un a vérifié votre état de santé après la naissance de (NOM) ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>(ALLEZ À 453) ←</p> | |
| 450 | <p>Combien de temps après l'accouchement a eu lieu le premier examen ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES 1</p> <p>JOURS 2</p> <p>SEMAINES 3</p> <p>NE SAIT PAS 998</p> | |
| 451 (2) | <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 SANTÉ</p> <p>MÉDECIN 11</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12</p> <p>SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21</p> <p>AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | |
|------------|---|--|---------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 452 (2) | <p>Où a eu lieu ce premier examen ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |
| 453 | <p>Je voudrais vous parler des examens qui ont été faits pour vérifier l'état de santé de (NOM) après l'accouchement – par exemple, est-ce que quelqu'un a examiné (NOM), vérifié le cordon ou s'est assuré que (NOM) allait bien. Dans les deux mois après la naissance de (NOM), est-ce qu'un professionnel de santé ou une accoucheuse traditionnelle a vérifié l'état de santé de (NOM) ?</p> | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 457) ← NE SAIT PAS 8</p> | | | | | | | |
| 454 | <p>Combien d'heures, de jours ou de semaines après la naissance de (NOM), ce premier examen a-t-il eu lieu ?</p> <p>SI MOINS D'UN JOUR, INSCRIVEZ EN HEURES; SI MOINS D'UNE SEMAINE, INSCRIVEZ EN JOURS.</p> | <p>HEURES APRÈS NAISSANCE .. 1 <table border="1" data-bbox="954 1182 1076 1234"><tr><td></td><td></td></tr></table> JOURS APRÈS NAISSANCE .. 2 <table border="1" data-bbox="954 1234 1076 1287"><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES APRÈS NAISSANCE .. 3 <table border="1" data-bbox="954 1287 1076 1339"><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS 998</p> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| 455 (2) | <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 SANTÉ MÉDECIN 11 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME .. 12 SAGE-FEMME AUXILIAIRE 13 AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE 21 AGENT DE SANTÉ COMMUNAUTAIRE/ VILLAGE 22 AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---------------------------------------|---|---|-----|-----|-----------------|---|---|---|----------------|---|---|---|-----------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|-----------------------------------|---|---|---|--|
| 456 (2) | <p>Où a eu lieu le premier examen de (NOM) ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p align="center">(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>MAISON SA MAISON 11 AUTRE MAISON 12</p> <p>SECTEUR PUBLIC HÔPITAL GOUVERNEMENT .. 21 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 22 POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. 23 AUTRE SECTEUR PUBLIC 26 (PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 31 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ 36 (PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE 96 (PRÉCISEZ)</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 457 | <p>Au cours des deux jours suivant la naissance de (NOM), est-ce qu'un prestataire de santé a fait l'une des choses suivantes ?</p> <p>a) Examiné le cordon ?</p> <p>b) Vérifié la température de (NOM) ?</p> <p>c) Vous a conseillé sur les signes de danger chez les nouveau-nés ?</p> <p>d) Vous a conseillé sur l'allaitement ?</p> <p>e) Observé (NOM) en train d'être allaité ?</p> | <table border="0"> <tr> <td></td> <td align="center">OUI</td> <td align="center">NON</td> <td align="center">NSP</td> </tr> <tr> <td>a) CORDON</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>b) TEMP</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>c) SIGNES</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>d) CONSEIL ALLAI- TEMENT ..</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> <tr> <td>e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT ..</td> <td align="center">1</td> <td align="center">2</td> <td align="center">8</td> </tr> </table> | | | OUI | NON | NSP | a) CORDON | 1 | 2 | 8 | b) TEMP | 1 | 2 | 8 | c) SIGNES | 1 | 2 | 8 | d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) CORDON | 1 | 2 | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) TEMP | 1 | 2 | | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) SIGNES | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) CONSEIL ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) OBSERVÉ ALLAI- TEMENT .. | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 458 | <p>Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM) ?</p> | <p>OUI 1 (ALLEZ À 460) ←</p> <p>NON 2 (ALLEZ À 461) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 459 | <p>Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante ?</p> | | | <p>OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 463) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 460 | <p>Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles ?</p> | | | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | <p>MOIS <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 461 | <p>VÉRIFIEZ 226: L'ENQUÊTÉE EST-ELLE ENCEINTE ?</p> | | | <p>PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 463) ←</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 4. GROSSESSE ET SOINS POSTNATALS

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

SECTION 4. NOTES

- (1) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.
- (2) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du pré-test ; Cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Dans la catégorie Secteur médical privé, on peut ajouter des codes concernant des endroits affiliés à des institutions religieuses et à des ONG .
- (3) Les pratiques vaccinales peuvent varier; cette question doit spécifier l'endroit où l'injection a été effectuée, par ex. le bras ou l'épaule.
- (4) Le sirop doit être supprimé dans les pays où le sirop n'est pas utilisé.
- (5) Dans les pays où il est important de connaître le nombre de comprimés de fer pris par jour, une question appropriée devra être ajoutée.
- (6) La question doit être supprimée dans les pays où il n'y a pas de programme de déparasitage.
- (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.

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------------|---|---|------------------|
| 501A (1) | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES : UNE NAISSANCE EN 2012-2015? UNE NAISSANCE OU PLUS EN <input type="checkbox"/> 2012-2015 ↓ AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2012-2015 | | → 601 |
| 502A (1) | INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DU DERNIER ENFANT NÉ EN 2012-2015. NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE: _____ NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 503A | VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> | | → 501B |
| 504A (2) | Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT* .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4 | → 507A → 507A |
| 505A (2) | Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 506A | VÉRIFIEZ 504A: CODE '2' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '4' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> | | → 511A |
| 507A (2) | Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4 | → 511A |

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|---------------------|---|---|---------|
| | NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 511A (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 | → 525A |
| 512A | 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 | |
| 513A | Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (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 | |
| 514A | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 517A |
| 515A (4) | Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ? | DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2 | |
| 516A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 517A (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 | → 519A |
| 518A (5) | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |

SECTION 5A. VACCINATION DES ENFANTS (DERNIÈRE NAISSANCE)

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------------|---|---|---------|
| | NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 519A (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 | → 521A |
| 520A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 521A | 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 | → 523A |
| 522A | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 523A (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 | → 525A |
| 524A (7) (12) | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 525A | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) : | OUI NON NSP | |
| | a) [NOM LOCAL D'UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS] ? | a) [POUDRE] 1 2 8 | |
| | b) [NOM LOCAL D'ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUT] ? | b) [PLUMPY'NUT] 1 2 8 | |
| | c) [NOM LOCAL DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME | c) [PLUMPY'DOZ] 1 2 8 | |
| 526A | CONTINUEZ AVEC 501B. | | |

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

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------------|---|---|------------------|
| 501B (1) | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2012-2015? D'AUTRES NAISSANCES EN <input type="checkbox"/> 2012-2015 ↓ | PLUS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> EN 2012-2015 → | 601 |
| 502B (1) | INSCRIVEZ LE NOM ET LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DE L'AVANT-DERNIER ENFANT NÉ EN 2012-2015. NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | | |
| 503B | VÉRIFIEZ 216 POUR ENFANT ENFANT: VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> → | | 526B |
| 504B (2) | Avez-vous un carnet ou un autre document où les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, A SEULEMENT UN CARNET 1 OUI, A SEULEMENT UN AUTRE DOCUMENT ... 2 OUI, A UN CARNET ET UN AUTRE DOCUMENT* .. 3 NON, PAS DE CARNET ET PAS D'AUTRE DOCUMENT 4 | → 507B → 507B |
| 505B (2) | Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM) ? | OUI 1 NON 2 | |
| 506B | VÉRIFIEZ 504B: CODE '2' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ CODE '4' ENGERCLÉ <input type="checkbox"/> → | | 511B |
| 507B (2) | Puis-je voir le carnet ou un autre document sur lequel les vaccinations de (NOM) sont inscrites ? | OUI, SEULEMENT CARNET VU 1 OUI, SEULEMENT AUTRE DOCUMENT VU 2 OUI, CARNET ET AUTRE DOCUMENT VUS 3 NI CARNET NI AUTRE DOCUMENT VUS 4 | → 511B |

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

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|---------------------|---|---|---------|
| | NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 511B (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 | → 525B |
| 512B | 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 | |
| 513B | Est-ce que dans les 24 heures après la naissance, (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 | |
| 514B | Est-ce que (NOM) a reçu le vaccin oral contre la polio, c'est-à-dire deux gouttes dans la bouche pour éviter la polio ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 517B |
| 515B (4) | Est-ce que (NOM) a reçu le premier vaccin oral contre la polio dans les deux premières semaines après sa naissance ou plus tard ? | DEUX PREMIÈRES SEMAINES 1 PLUS TARD 2 | |
| 516B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin oral contre la polio ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 517B (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 | → 519B |
| 518B (5) | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin Pentavalent ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |

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

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------------|--|---|---------|
| | NOM DE L'AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE _____ | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 519B (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 | → 521B |
| 520B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le pneumocoque ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 521B | 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 | → 523B |
| 522B | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre le rotavirus ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 523B (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 | → 525B |
| 524B (7) (12) | Combien de fois (NOM) a-t-il/elle reçu le vaccin contre la rougeole ? | NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> | |
| 525B | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) | OUI NON NSP | |
| | a) [NOM LOCAL D'UN MÉLANGE EN POUDRE DE MICRONUTRIMENTS] ? | a) [POUDRE] 1 2 8 | |
| | b) [NOM LOCAL D'ALIMENTS THÉRAPEUTIQUES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'NUT] ? | b) [PLUMP' NUT] 1 2 8 | |
| | c) [NOM LOCAL DE COMPLÉMENTS ALIMENTAIRES PRÊTS À L'EMPLOI COMME PLUMPY'DOZ] ? | c) [PLUMP' DOZ] 1 2 8 | |
| 526B (1) | VÉRIFIEZ 215 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES: D'AUTRES NAISSANCES EN 2012-2015? <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <p>AUTRES NAISSANCES EN 2012-2015 <input type="text"/></p> <p>(ALLEZ À 502B DANS UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE)</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>PAS D'AUTRES NAISSANCES EN 2012-2015 <input type="text"/></p> </div> </div> | | → 601 |

SECTION 5A ET 5B. NOTES

- (1) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016 toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.
- (2) 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 ".
- (3) Le questionnaire doit être adapté au carnet de vaccination du pays. Vous devez obtenir les carnets de vaccination actuel ou récents du programme de vaccination national. Ajoutez la fièvre jaune, le vaccin inactivé contre la polio 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.
- (4) À supprimer dans les pays où la polio 0 (polio à la naissance) ne fait pas partie du calendrier vaccinal.
- (5) Adaptez les questions au pays pour suivre la calendrier national vaccinal. 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, or RR.
- (8) Si dans le calendrier vaccinal, seulement une dose est utilisés, 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 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.

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| | | | |
|------------|---|---|---|
| 601 (1) | VÉRIFIEZ 224: UNE NAISSANCE OU PLUS EN 2010-2015 <input type="checkbox"/> | AUCUNE NAISSANCE EN 2010-2015 <input type="checkbox"/> → 648 | |
| 602 (1) | VÉRIFIEZ 215: INSCRIVEZ LE NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES À 603 ET LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE À 604 POUR CHAQUE NAISSANCE EN 2010-2015. POSEZ LES QUESTIONS SUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. S'IL Y A PLUS DE NAISSANCES, UTILISEZ LA DERNIÈRE COLONNE D'UN/DES QUESTIONNAIRES ADDITIONNEL(S). Je voudrais maintenant vous poser des questions sur vos enfants nés dans les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois). | | |
| 603 | NUMÉRO DE L'HISTORIQUE DES NAISSANCES DE 212 DANS L'HISTORIQUE DES NAISSANCES | DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO L'HISTORIQUE DES NAISSANCES <input type="text"/> |
| 604 | DE 212 ET 216: | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← | NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← |
| 605 | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) une dose de vitamine A comme [celle-ci/l'une de celles-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS AMPOULES/GÉLULES/SIROP. | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 606 | Au cours des sept derniers jours, a-t-on donné à (NOM) des comprimés de fer, des granules ou du sirop contenant du fer comme [celui-ci/l'un de ceux-ci] ? MONTREZ DES MODÈLES COURANTS DE COMPRIMÉS, GRANULES OU | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 607 (2) | Au cours des six derniers mois, a-t-on donné à (NOM) des médicaments contre les vers intestinaux ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 |
| 608 (3) | (NOM) a-t-il eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ← | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 618) ← |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|-----|---|---|--|--|--|
| | | NOM _____ | | NOM _____ | |
| 609 | <p>VÉRIFIEZ 469: ALLAITÉ ACTUELLEMENT</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON/ <input type="checkbox"/> PAS POSÉ </p> <p>a) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée, y compris le lait maternel. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> | <p>b) Je voudrais maintenant savoir quelle quantité de liquides a été donnée à (NOM) pendant la diarrhée. Lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>RIEN À BOIRE 5</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 610 | <p>Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger ?</p> <p>SI MOINS, INSISTEZ : Lui a-t-on donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins ?</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOURRITURE .. 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS. 8</p> | <p>BEAUCOUP MOINS 1</p> <p>UN PEU MOINS 2</p> <p>ENVIRON LA MÊME QUANTIT... 3</p> <p>PLUS 4</p> <p>A STOPPÉ LA NOUI..... 5</p> <p>N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER 6</p> <p>NE SAIT PAS. 8</p> | | |
| 611 | <p>Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p style="text-align: right;">(ALLEZ À 615) ←</p> | | |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------------|--|--|---|
| 612 (4) | <p>Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>Quelque part ailleurs ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL 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 E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</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 E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G</p> <p>PHARMACIE H</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ I</p> <p>CLINIQUE MOBILE J</p> <p>AGENT DE SANTÉ K</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ L</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE M</p> <p>PRATICIEN TRADITIONNEL N</p> <p>MARCHÉ O</p> <p>VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> |
| 613 | VÉRIFIEZ 612: | <p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉ EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) <input type="checkbox"/></p> | <p>DEUX CODES SEULEMENT OU UN <input type="checkbox"/></p> <p>PLUS CODE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCERCLÉS EN CERCLÉ</p> <p><input type="checkbox"/> (ALLEZ À 615) <input type="checkbox"/></p> |
| 614 | <p>Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ?</p> <p>UTILISEZ LES CODES LETTRES DE</p> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | | |
|------------|---|--|--------------------|--|--------------------------|--|--|
| | | NOM _____ | | | NOM _____ | | |
| 615 | <p>Avez-vous donné à (NOM) les choses suivantes à n'importe quel moment dès qu'il/elle a commencé à avoir la</p> <p>a) Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé [NOM LOCAL POUR LE SACHET SRO] ?</p> <p>(5) b) Un liquide SRO préconditionné ?</p> <p>(6) c) Un liquide maison recommandé par le gouvernement ?</p> <p>d) Du zinc, en comprimés ou en sirop ?</p> | <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p> | <p>OUI NON NSP</p> | <p>a) LIQUIDE SACHET SRO .. 1 2 8</p> <p>b) LIQUIDE SRC .. 1 2 8</p> <p>c) LIQUIDE MAISON .. 1 2 8</p> <p>d) ZINC 1 2 8</p> | <p>OUI NON NSP</p> | | |
| 616 | <p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NON' OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) A-t-on donné quelque chose d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) A-t-on donné quelque chose pour traiter la diarrhée ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 618) ←</p> | | | |
| 617 | <p>VÉRIFIEZ 615:</p> <p>UN 'OUI' <input type="checkbox"/> TOUT 'NO' OU 'NSP' <input type="checkbox"/></p> <p>a) Qu'a t-on donné d'autre pour traiter la diarrhée ?</p> <p>b) Qu'a t-on donné pour traiter la diarrhée ?</p> <p>Rien d'autre ?</p> <p>ENREGISTREZ TOUS LES</p> | <p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | | <p>COMPRIMÉ OU SIROP</p> <p>ANTIBIOTIQUE A</p> <p>ANTIMOTILITÉ B</p> <p>AUTRE (NON ANTIBIOTIQUE OU ANTIMOTILITÉ) C</p> <p>COMPRIMÉ OU SIROP INCONNU D</p> <p>INJECTION</p> <p>ANTIBIOTIQUE E</p> <p>NON-ANTIBIOTIQUE F</p> <p>INJECTION INCONNUE G</p> <p>(IV) INTRAVEINEUSE H</p> <p>REMÈDE MAISON/ HERBES MÉDICINALES I</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | | | |
| 618 | <p>Est-ce que (NOM) a été malade avec de la fièvre à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 620) ←</p> | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 620) ←</p> | | | |
| 619 (7) | <p>À n'importe quel moment au cours de sa maladie, est-ce qu'on a pris à (NOM) du sang de son doigt ou de son talon ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | |
| 620 | <p>Est-ce que (NOM) a été malade avec de la toux à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | | | |
| 621 | <p>Est-ce que (NOM) a eu un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés pour respirer à n'importe quel moment au cours des 2 dernières semaines ?</p> | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 623) ←</p> | | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> <p>(ALLEZ À 623) ←</p> | | | |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE |
|------------|---|--|--|
| 622 | Est-ce que ce souffle rapide ou ces difficultés pour respirer étaient dus à un problème de bronche ou à un nez bouché ou qui coulait ? | BRONCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ← | BRONCHE SEULEMEN 1 NEZ SEULEMEN 2 LES DEUX 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS 8 (ALLEZ À 624) ← |
| 623 | VÉRIFIEZ 618: A EU DE LA FIÈVRE ? | OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← | OUI <input type="checkbox"/> NON OU NSP <input type="checkbox"/> (ALLEZ À 646) ← |
| 624 | Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 629) ← | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À TO 629) ← |
| 625 (4) | Où êtes-vous allée pour rechercher des conseils ou un traitement ? Quelque part ailleurs ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVT. GOUVERNEMENT A CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. B POSTE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT .. C CLINIQUE MOBILE D AGENT DE SANTÉ/ AGENT COMMUNAUTAIRE .. E AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ G PHARMACIE H MÉDECIN PRIVÉ I CLINIQUE MOBILE J AGENT DE SANTÉ/ COMMUNAUTAIRE K AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ L (PRÉCISEZ) OTHER SOURCE BOUTIQUE M PRATICIEN TRADITIONNEL N MARCHÉ O VENDEUR DE MÉDICAMENTS ITINÉRANTS P AUTRE X (PRÉCISEZ) |
| 626 | VÉRIFIEZ 625: | DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ (ALLEZ À 628) ← | DEUX SEULEMENT CODES UN OU PLUS CODE ENCERCLÉS ENCERCLÉ (ALLEZ À 628) ← |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____ |
|------------|---|--|--|
| 627 | Où êtes-vous allée en premier pour rechercher des conseils ou un traitement ? UTILISEZ LES CODES LETTRES DE | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> | PREMIER ENDROIT <input type="checkbox"/> |
| 628 | Combien de jours après le début de la maladie, avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour (NOM) ? SI MÊME JOUR, INSCRIRE '00'. | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> | JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> |
| 629 | Est-ce qu'à n'importe quel moment au cours de la maladie, (NOM) a pris des médicaments pour la maladie ? | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8 | OUI 1 NON 2 (ALLEZ À 646) ← NE SAIT PAS 8 |
| 630 (8) | Quels médicaments (NOM) a-t-il/elle pris ? Aucun autre médicament ? INSCRIVEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA)... A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ (PRÉCISEZ) I ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z | ANTIPALUDIQUES COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE (CTA)... A SP/FANSIDAR B CHLOROQUINE C AMODIAQUINE D COMPRIMÉS QUININE E INJECTION/IV F ARTESUNATE VOIE RECTALE G INJECTION/IV H AUTRE ANTIPALUDIQUE _____ (PRÉCISEZ) I ANTIBIOTIQUES COMPRIMÉS/SIROF J INJECTION/IV K AUTRES MÉDICAMENTS ASPIRINE L ACETAMINOPHEN M IBUPROFEN N AUTRE X (PRÉCISEZ) NE SAIT PAS Z |
| 631 (7) | VÉRIFIEZ 630: Y A-T-IL UN CODE A-I ENCERCLÉ? | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ← | OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> ↓ (ALLEZ À 646) ← |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|------------|---|---|---|---|---|
| | | NOM _____ | NOM _____ | NOM _____ | NOM _____ |
| 632 (7) | VÉRIFIEZ 630: COMBINAISON THÉRAPEUTIQUE À BASE D'ARTÉMISININE ('A') DONNÉE | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'A' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'A' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> |
| | | (ALLEZ À 634) ← | | (ALLEZ À 634) ← | |
| 633 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre une combinaison à base d'artémisinine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 634 (7) | VÉRIFIEZ 630: SP/FANSIDAR ('B') DONNÉE | CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'B' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'B' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> |
| | | (ALLEZ À 636) ← | | (ALLEZ À 636) ← | |
| 635 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la SP/Fansidar ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 636 (7) | VÉRIFIEZ 630: CHLOROQUINE ('C') DONNÉE | CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'C' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'C' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> |
| | | (ALLEZ À 638) ← | | (ALLEZ À 638) ← | |
| 637 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la Chloroquine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 638 (7) | VÉRIFIEZ 630: AMODIAQUINE ('D') DONNÉE | CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'D' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> | CODE 'D' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> |
| | | (ALLEZ À 640) ← | | (ALLEZ À 640) ← | |
| 639 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'amodiaquine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |

SECTION 6.SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | DERNIÈRE NAISSANCE | | AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE | |
|------------|---|---|---|---|---|
| | | NOM _____ | | NOM _____ | |
| 640 (7) | VÉRIFIEZ 630: QUININE ('E' OU 'F') DONNÉE | CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642) | CODE 'E' OU 'F' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'E' OU 'F' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 642) |
| 641 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de la quinine ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 642 (7) | VÉRIFIEZ 630: ARTESUNATE ('G' OU 'H') DONNÉ | CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644) | CODE 'G' OU 'H' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'G' OU 'H' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 644) |
| 643 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre de l'artésunate ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 644 (7) | VÉRIFIEZ 630: AUTRE ANTIPALUDIQUE ('I') DONNÉ | CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646) | CODE 'I' ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ↓ | CODE 'I' NON ENCERCLÉ <input type="checkbox"/> ← (ALLEZ À 646) |
| 645 (7) | Combien de temps après le début de la fièvre, (NOM) a-t-il/elle commencé à prendre un (AUTRE ANTIPALUDIQUE) ? | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 | MÊME JOUR 0 JOUR SUIVANT 1 DEUX JOURS APRÈS FIÈVRE 2 TROIS JOURS OU PLUS APRÈS FIÈVRE 3 NE SAIT PAS 8 |
| 646 | | RETOURNEZ À 604 À LA COLONNE SUIVANTE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647. | RETOURNEZ À 604 À L'AVANT-DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE; OU S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCES, ALLEZ À 647. | | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|--|--|---------|
| 647 (9) | <p>VÉRIFIEZ 615(a) ET 615(b), TOUTES LES</p> <p>AUCUN ENFANT N'A REÇU DE LIQUIDE DE SACHET SRO OU DE LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | <p>UN ENFANT A REÇU DU LIQUIDE D'UN SACHET SRO OU DU LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ</p> <p style="text-align: right;"><input type="checkbox"/></p> | → 649 |
| 648 (9) | <p>Avez-vous entendu parler d'un produit spécial [NOM LOCAL POUR LES SACHETS SRO OU LES LIQUIDES SRO PRÉCONDITIONNÉS] que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée ?</p> | <p>OUI 1 NON 2</p> | |
| 649 (1) | <p>VÉRIFIEZ 215 ET 218, TOUTES LES LIGNES: NOMBRE D'ENFANTS NÉS EN 2013-2015 VIVANT AVEC L'ENQUÊTÉE</p> <p style="text-align: center;">UN OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>_____</p> <p>(NOM DU PLUS JEUNE ENFANT VIVANT AVEC ELLE)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> | <p>AUCUN <input type="checkbox"/></p> | → 701 |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | | | ALLEZ À | |
|-------------|--|----------|-----|-----|---------|--|
| 650 (10) | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur les liquides et aliments que (NOM DE 649) a consommés hier pendant le jour ou la nuit. J'aimerais, en particulier, savoir si votre enfant a reçu le liquide ou l'aliment que je vais citer, même s'il était mélangé avec d'autres nourritures. | | OUI | NON | NSP | |
| | a) De l'eau ? | a) | 1 | 2 | 8 | |
| | b) Des jus ou des boissons à base de jus ? | b) | 1 | 2 | 8 | |
| | c) Du bouillon ? | c) | 1 | 2 | 8 | |
| | d) Du lait tel que du lait en boîte, en poudre ou du lait frais d'animal ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. | d) | 1 | 2 | 8 | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BU DU LAIT <input type="text"/> |
| | e) Du lait en poudre pour bébé ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a -t-il/elle bu du lait en poudre pour bébé ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. | e) | 1 | 2 | 8 | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A BUT DU LAIT EN POUDRE <input type="text"/> |
| | f) D'autres liquides ? | f) | 1 | 2 | 8 | |
| | g) Du yaourt ? SI OUI : Combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé du yaourt ? SI 7 FOIS OU PLUS, INSCRIVEZ '7'. | g) | 1 | 2 | 8 | NOMBRE DE FOIS QU'IL/ELLE A MANGÉ DU YAOURT <input type="text"/> |
| (11) | h) Une préparation [NOM D'UNE MARQUE COMMERCIALE D'ALIMENTS ENRICHIS POUR BÉBÉS COMME Cerelac] ? | h) | 1 | 2 | 8 | |
| (12) | i) Du pain, du riz, des pâtes, bouillie d'avoine ou autres préparations à base de céréales ? | i) | 1 | 2 | 8 | |
| (13) | j) Des citrouilles, carottes, courges ou pommes de terre douces qui sont jaunes ou oranges à l'intérieur ? | j) | 1 | 2 | 8 | |
| | k) Des pommes de terre blanches, ignames blanches, manioc, cassava, ou préparations à base de tubercules ? | k) | 1 | 2 | 8 | |
| (14) | l) Des légumes à feuilles vert foncé ? | l) | 1 | 2 | 8 | |

SECTION 6. SANTÉ DE L'ENFANT ET NUTRITION

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

SECTION 6. NOTES

- (1) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.
- (2) La question doit être supprimée dans les pays où il n'y a pas de programme de déparasitage.
- (3) 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.
- (4) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du prétest ; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Dans la catégorie Secteur médical privé, on peut ajouter des codes concernant des endroits affiliés à des institutions religieuses et à des ONG.
- (5) 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.
- (6) À adapter pour inclure les termes utilisés localement pour la préparation maison recommandée. Les ingrédients conseillés par le gouvernement pour la préparation de cette solution doivent être pris en compte dans la catégorie. Si le gouvernement ne recommande pas de solution maison, le terme "gouvernement" devra donc être supprimé de la question.
- (7) La question doit être supprimée dans les pays qui ne sont pas affectés par le paludisme.
- (8) 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
- (9) Supprimez "LIQUIDE SRO PRÉCONDITIONNÉ" dans les pays où de tels liquides ne sont pas disponibles.
- (10) Une catégorie séparée : "Préparation à base d'huile de palme rouge, de noix de palme ou de sauce de pulpe de noix" doit être ajoutée dans les pays où ces aliments sont consommés. Une catégorie séparée pour "les larves, les escargots, les insectes ou autres types de nourriture contenant des protéines" doit être ajoutée dans les pays où on les consomme. Dans chaque groupe, d'aliments, les éléments doivent être modifiés pour inclure seulement ceux qui sont localement disponibles et/ou consommés dans le pays.
- (11) Dans le cas d'aliments enrichis, l'enquêtrice doit demander à voir le paquet et/ou la marque du produit (si disponible) pour confirmer que le produit est bien un produit enrichi.
- (12) Les céréales incluent le mil, le sorgho, le maïs, le riz, le blé ou d'autres céréales locales. Commencez avec des aliments locaux, comme ugali, nshima, fufu, chapati puis continuer avec le pain, le riz, les pâtes, etc.
- (13) Les éléments de cette catégorie doivent être modifiés pour inclure seulement les tubercules et la féculé, les légumes rouges, oranges ou jaunes riches en vitamine A, qui sont consommés dans le pays.
- (14) Sont inclus les feuilles de cassava, de haricots, de choux vert frisé, d'épinards, de piments, de taro, d'amarante ou d'autres légumes à feuilles vert foncé.

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|---|---|---------|
| 701 | Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous avec un homme comme si vous étiez mariée ? | OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE..... 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3 | → 704 |
| 702 | Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme si vous étiez mariée ? | OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME 2 NON 3 | → 712 |
| 703 | Quel est votre état matrimonial actuel : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ? | VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3 | → 709 |
| 704 | Est-ce que votre (mari/partenaire) vit actuellement avec vous ou vit-il ailleurs ? | VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2 | |
| 705 | ENREGISTREZ LE NOM ET No DE LIGNE DU MARI/PARTENAIRE DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE, INSCRIVEZ '00'. | NOM _____ No LIGNE <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 706 (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 | → 709 |
| 707 (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 | |
| 708 (1) | Êtes-vous la première, deuxième, ... épouse ? | RANG <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 709 | Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme une seule fois ou plus d'une fois ? | SEULEMENT UNE FOIS..... 1 PLUS D'UNE FOIS 2 | |
| 710 | VÉRIFIEZ 709: MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEULEMENT <input type="checkbox"/> UNE FOIS ↓ a) En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre (mari/partenaire) ? MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS <input type="checkbox"/> D'UNE FOIS ↓ b) Je voudrais maintenant vous parler de votre premier (mari/partenaire). En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec lui ? | MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS LE MOIS 98 ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE CONNAÎT PAS L'ANNÉE 9998 | → 712 |
| 711 | Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui pour la première fois ? | ÂGE <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|--------------------|
| 712 | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUT VOTRE POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ. | | |
| 713 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle pour mieux comprendre certains aspects importants de la vie. Je voudrais vous assurer de nouveau que vos réponses sont absolument confidentielles et qu'elles ne seront divulguées à personne. S'il arrivait que je pose une question à laquelle vous ne voulez pas répondre, dites-le moi et je passerai à la question suivante. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu, pour la première fois, des rapports sexuels ? | N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS 00 ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/> <input type="text"/> | → 731 |
| 714 | Je voudrais maintenant vous poser des questions sur votre activité sexuelle récente. Quand avez-vous eu des rapports sexuels pour la dernière fois ? SI MOINS DE 12 MOIS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN JOURS, SEMAINES OU MOIS. SI 12 MOIS (UNE ANNÉE) OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES. | IL Y A DES JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES SEMAINES 2 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> IL Y A DES ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/> | → 716 → 727 |

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

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

SECTION 7. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | |
|----------------------|--|--|---------|-----|-----|-------------------|---|---|----------------------|---|---|----------------------|---|---|--|
| 730 (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 OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE 13</p> <p>CLINIQUE MOBILE 14</p> <p>AGENT DE SANTÉ 15</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC</p> <p>_____ 16</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ 21</p> <p>PHARMACIE 22</p> <p>MÉDECIN PRIVÉ 23</p> <p>CLINIQUE MOBILE 24</p> <p>AGENT DE SANTÉ 25</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE 31</p> <p>INSTITUTION RELIGIEUSE 32</p> <p>AMIS/PARENTS 33</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>NE SAIT PAS 98</p> | | | | | | | | | | | | | |
| 731 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES DANS CETTE SECTION | <table> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS <10</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>HOMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>FEMMES ADULTES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | ENFANTS <10 | 1 | 2 | HOMMES ADULTES | 1 | 2 | FEMMES ADULTES | 1 | 2 | |
| | OUI | NON | | | | | | | | | | | | | |
| ENFANTS <10 | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| HOMMES ADULTES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| FEMMES ADULTES | 1 | 2 | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 7. NOTES

- (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 de condoms féminins, la formulation de la question doit être modifiée pour prendre en compte le condom masculin et féminin.
- (3) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du prétest ; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Dans la catégorie Secteur médical privé, on peut ajouter des codes concernant des endroits affiliés à des institutions religieuses et à des ONG.

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

SECTION 8. PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

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

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|---|---|----------------|
| 815 | Au cours des derniers mois, avez-vous : a) Entendu parler de la planification familiale à la radio ? b) Vu quelque chose sur la planification familiale à la télévision ? c) Lu quelque chose sur la planification familiale dans un journal ou magazine ? d) Reçu un message vocal ou un texte sur la planification familiale sur votre portable ? | OUI NON a) RADIO 1 2 b) TÉLÉVISION 1 2 c) JOURNAL OU MAGAZINE 1 2 d) TÉLÉPHONE PORTABLE 1 2 | |
| 816 | QUESTIONS SPÉCIFIQUES AU PAYS SUR LES MESSAGES SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE DANS LES MÉDIA | | |
| 817 | VÉRIFIEZ 701: OUI, <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT MARIÉE OUI, <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME NON, <input type="checkbox"/> PAS EN UNION | | → 901 |
| 818 | VÉRIFIEZ 303: UTILISE UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE ? UTILISE <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT N'UTILISE PAS <input type="checkbox"/> ACTUELLEMENT PAS POSÉE <input type="checkbox"/> | | → 820 → 822 |
| 819 | Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ? | DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | → 821 |
| 820 | Diriez-vous que le fait de ne pas utiliser la contraception est principalement votre décision, principalement celle de votre (mari/partenaire) ou est-ce une décision commune que vous avez prise ensemble ? | DÉCISION DE L'ENQUÊTÉ 1 DÉCISION DU MARI/PARTENAIRE 2 DÉCISION COMMUNE 3 AUTRE 6 (PRÉCISEZ) | |
| 821 | VÉRIFIEZ 304: NI LUI, NI ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ IL OU ELLE <input type="checkbox"/> STÉRILISÉ | | → 901 |
| 822 | Est-ce que votre (mari/partenaire) veut le même nombre d'enfants que vous ou en veut-il plus ou moins que vous ? | MÊME NOMBRE 1 PLUS D'ENFANTS 2 MOINS D'ENFANTS 3 NE SAIT PAS 8 | |

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|------------|---|--|---------|
| 901 | VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> | PAS EN <input type="checkbox"/> UNION | → 909 |
| 902 | Quel âge avait votre (mari/partenaire) à son dernier anniversaire ? | ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES <input type="text"/> <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 MOINS D'1 CLASSE/ANNÉE A ÉTÉ ACHEVÉE À CE NIVEAU, INSCRIVEZ '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 7 derniers jours ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 908 |
| 907 | Est-ce que votre (mari/partenaire) a effectué un travail au cours des 12 derniers mois ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 909 |
| 908 | Quelle est l'occupation de votre(mari/ partenaire) ? C'est-à-dire quel genre de travail fait-il principalement ? | _____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/> | |
| 909 | En dehors de votre travail domestique, avez-vous travaillé au cours des sept derniers jours ? | OUI 1 NON 2 | → 913 |
| 910 | Comme vous le savez, certaines femmes font un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Au cours des sept derniers jours, avez-vous fait quelque chose de ce genre ou un autre travail ? | OUI 1 NON 2 | → 913 |
| 911 | Bien que vous n'avez pas travaillé au cours des sept derniers jours, est-ce que vous avez un travail ou une affaire dont vous avez dû vous absenter pour vacances, maladie, maternité ou pour une autre raison ? | OUI 1 NON 2 | → 913 |
| 912 | Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois ? | OUI 1 NON 2 | → 917 |
| 913 | Quelle est votre occupation? C'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement ? | _____ _____ _____ <input type="text"/> <input type="text"/> | |

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-----|--|---|---------|
| 914 | Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte ? | MEMBRE DE LA FAMILLE 1 QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3 | |
| 915 | Travaillez-vous habituellement toute l'année, ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps ? | TOUTE L'ANNÉE 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE 2 DE TEMPS EN TEMPS 3 | |
| 916 | Êtes-vous payée en argent ou en nature pour ce travail ou n'êtes-vous pas payée du tout ? | ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE 2 NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE 4 | |
| 917 | VÉRIFIEZ 701: ACTUELLEMENT 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 | Diriez-vous que vous gagnez plus que votre (mari/partenaire), moins ou à peu près la même chose ? | PLUS QUE LUI 1 MOINS QUE LUI 2 À PEU PRÉS LA MÊME CHOSE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 NE SAIT PAS 8 | 922 |
| 921 | Habituellement, qui décide comment l'argent que votre (mari/partenaire) gagne va être utilisé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ? | ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 MARI/PARTENAIRE N'A PAS DE REVENUS 4 AUTRE _____ 6 (PRÉCISEZ) | |
| 922 | Habituellement, qui prend les décisions en ce qui concerne vos propres soins de santé: vous, votre (mari/partenaire), conjointement vous et votre (mari/partenaire) ou quelqu'un d'autre ? | ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 | |
| 923 | Qui prend habituellement les décisions concernant les achats importants pour le ménage ? | ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 | |

SECTION 9. CARACTÉRISTIQUES DU MARI ET TRAVAIL DE LA FEMME

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|---------|---|--------------|--------------|------------------------------------|---|------|-----|----------------------------------|---------------|-----|---|---------------------------------|-----|---|---|---|---|---|---|----------------------------------|---|---|---|--|
| 924 | Qui prend habituellement les décisions concernant les visites à votre famille ou parents ? | ENQUÊTÉE 1 MARI/PARTENAIRE 2 CONJOINTEMENT ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 AUTRE 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 925 | Est-ce que vous possédez cette maison ou une autre maison seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ? | SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4 | → 928 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 926 | Avez-vous un acte de propriété pour une maison que vous possédez ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 928 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 927 | Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 928 | Est-ce que vous possédez de la terre agricole ou non agricole, seule ou conjointement avec quelqu'un d'autre ? | SEULE SEULEMENT 1 CONJOINTEMENT SEULEMEI 2 SEULE ET CONJOINTEMENT 3 N'EN POSSÈDE PAS 4 | → 931 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 929 | Avez-vous un acte de propriété pour une terre que vous possédez ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | → 931 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 930 | Est-ce que votre nom figure sur l'acte de propriété ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 931 | PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES À CE POINT DE L'INTERVIEW (PERSONNES PRÉSENTES ET QUI ÉCOUTENT, PRÉSENTES MAIS QUI N'ÉCOUTENT PAS OU PAS PRÉSENTES). | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS.</th> <th>PAS PRES.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ENFANTS < 10</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>MARI</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES</td> <td>1 2</td> <td>3</td> </tr> </tbody> </table> | | PRES./ PRES./ N'ÉCOUTE ÉCOUTE. PAS. | 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 ÉCOUTE. PAS. | PAS PRES. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ENFANTS < 10 | 1 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| MARI | 1 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES HOMMES | 1 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| AUTRES FEMMES | 1 2 | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 932 | Selon vous, est-il justifié qu'un mari frappe ou batte sa femme dans les situations suivantes : | <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Si elle sort sans le lui dire ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>b) Si elle néglige les enfants ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>c) Si elle argumente avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>e) Si elle brûle la nourriture ?</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table> | | OUI | NON | NSP | a) Si elle sort sans le lui dire ? | 1 | 2 | 8 | b) Si elle néglige les enfants ? | 1 | 2 | 8 | c) Si elle argumente avec lui ? | 1 | 2 | 8 | d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? | 1 | 2 | 8 | e) Si elle brûle la nourriture ? | 1 | 2 | 8 | |
| | OUI | NON | NSP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) Si elle sort sans le lui dire ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) Si elle néglige les enfants ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) Si elle argumente avec lui ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) Si elle refuse d'avoir des rapports sexuels avec lui ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) Si elle brûle la nourriture ? | 1 | 2 | 8 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

(1) à adapter selon le système éducatif local.

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|--------------------|---|--|----------------------|
| 1001 | Je voudrais maintenant que nous parlions d'un autre sujet. Avez-vous déjà entendu parler de VIH ou de sida ? | OUI 1 NON 2 | → 1042 |
| 1002 | Le VIH est le virus qui cause le sida. Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en ayant juste un seul partenaire sexuel qui n'est pas infecté et qui n'a aucun autre partenaire sexuel ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1003 (1) | Est-ce qu'on peut contracter le VIH par les piqûres de moustiques ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1004 | Est-ce qu'on peut réduire le risque de contracter le VIH en utilisant des condoms au cours de chaque rapport sexuel ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1005 (1) | Est-ce qu'on peut contracter le VIH en partageant la nourriture avec une personne qui a le VIH ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1006 (1) | Est-ce qu'on peut contracter le VIH par sorcellerie ou par des moyens surnaturels ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1007 | Est-il possible qu'une personne paraissant en bonne santé ait, en fait, le VIH ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1008 | Est-ce que le VIH peut être transmis de la mère à son enfant : | | |
| | a) Durant la grossesse ? | OUI NON NSP a) DURANT LA GROSSESSE 1 2 8 | |
| | b) Durant l'accouchement ? | b) DURANT ACCOUCHE 1 2 8 | |
| | c) En allaitant ? | c) EN ALLAITANT 1 2 8 | |
| 1009 | VÉRIFIEZ 1008: AU MOINS <input type="checkbox"/> UN 'OUI' ↓ | AUTRE <input type="checkbox"/> | → 1011 |
| 1010 | Y a-t-il des médicaments spéciaux qu'un médecin ou une infirmière peut donner à une femme infectée par le VIH pour réduire le risque de transmission à son enfant ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1011 (2) (3) | VÉRIFIEZ 208 ET 215: DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2013-2015 ↓ | PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DERNIÈRE NAISSANCE EN <input type="checkbox"/> 2012 OU PLUS | → 1027 → 1027 |
| 1012 (2) | VÉRIFIEZ 408 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: A EU DES SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS ↓ | PAS DE SOINS <input type="checkbox"/> PRÉNATALS | → 1020 |
| 1013 (2) | VÉRIFIEZ LA PRÉSENCE D'AUTRES PERSONNES. AVANT DE CONTINUER, FAITES TOUS LES EFFORTS POSSIBLE POUR VOUS TROUVER EN PRIVÉ. | | |
| 1014 (2) | Au cours de l'une des visites prénatales pour votre dernière naissance, est-ce que l'on vous a parlé : | | |
| | a) Des bébés qui contractent le VIH de leur mère ? | OUI NON NSP a) VIH DE LA MÈRE 1 2 8 | |
| | b) Des choses que vous pouvez faire pour ne pas contracter le VIH ? | b) CHOSES À FAIRE 1 2 8 | |
| | c) Effectuer un test du VIH ? | c) TEST DU VIH 1 2 8 | |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|--------------------|---|---|---------|
| 1015 (2) | Dans le cadre des visites prénatales, est-ce que l'on vous a proposé d'effectuer un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1016 (2) | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous effectué un test du VIH dans le cadre de vos soins prénatals ? | OUI 1 NON 2 | → 1020 |
| 1017 (2) (4) | Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | |
| 1018 (2) | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | → 1020 |
| 1019 (2) | Toutes les femmes sont censées recevoir des conseils après avoir effectué le test. Après avoir effectué votre test, avez-vous reçu des conseils ? | OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8 | |
| 1020 (2) | VÉRIFIEZ 430 POUR DERNIÈRE NAISSANCE: UN CODE <input type="checkbox"/> '21-36' ENCERCLÉ ↓ | AUTRE <input type="checkbox"/> | → 1024 |
| 1021 (2) | Entre le moment où vous êtes arrivée pour accoucher mais avant que l'enfant naisse, vous a-t-on proposé de faire un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1022 (2) | Je ne veux pas connaître les résultats mais vous a-t-on fait un test du VIH à ce moment-là ? | OUI 1 NON 2 | → 1024 |
| 1023 (2) | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | → 1025 |
| 1024 (2) | VÉRIFIEZ 1016: OUI <input type="checkbox"/> ↓ | NON OU PAS POSÉE <input type="checkbox"/> | → 1027 |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------------|---|---|---------|
| 1025 (2) | Avez-vous effectué un test du VIH depuis le moment où vous avez fait un test durant votre grossesse ? | OUI 1 NON 2 | → 1028 |
| 1026 (2) | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? | IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95 | → 1033 |
| 1027 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous déjà fait un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | → 1031 |
| 1028 | Il y a combien de mois que vous avez effectué votre test du VIH le plus récent ? | IL Y A DES MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> DEUX ANNÉES OU PLUS 95 | |
| 1029 | Je ne veux pas connaître les résultats mais avez-vous eu les résultats du test ? | OUI 1 NON 2 | |
| 1030 (4) | Où le test a-t-il été fait ? INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT. SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT. _____ (NOM DE L'ENDROIT) | SECTEUR PUBLIC HÔPITAL DU GOUVERNEMENT 11 CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT 12 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 13 CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE 14 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 15 AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ 16 (PRÉCISEZ) SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ 21 CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL 22 PHARMACIE 23 SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL 24 AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ 26 (PRÉCISEZ) AUTRE SOURCE MAISON 31 LIEU DE TRAVAIL 32 CENTRE DE DÉTENTION 33 AUTRE _____ 96 (PRÉCISEZ) | → 1033 |
| 1031 | Connaissez-vous un endroit où les gens peuvent aller pour faire un test du VIH ? | OUI 1 NON 2 | → 1033 |

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------------|---|---|---------|
| 1032 (4) | <p>Où est-ce ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | |
| 1033 | Avez-vous entendu parler de tests que les gens peuvent utiliser pour se tester eux-mêmes pour le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | → 1035 |
| 1034 | Vous êtes-vous testée vous-même en utilisant un kit de test ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> | |
| 1035 | Est-ce que vous achèteriez des légumes frais à un marchand ou à un vendeur si vous saviez que cette personne a le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1036 | Pensez-vous que des enfants vivant avec le VIH devraient être autorisés à aller à l'école avec des enfants qui n'ont pas le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1037 | Pensez-vous que les gens hésitent à faire un test du VIH parce qu'ils ont peur de la réaction des autres si le résultat de leur test était VIH positif ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1038 | Est-ce que les gens parlent mal de ceux qui vivent avec le VIH ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1039 | Est-ce que les gens qui vivent avec le VIH, ou dont on pense qu'ils vivent avec le VIH, perdent le respect des autres ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1040 | Êtes-vous d'accord ou non avec la déclaration suivante : j'aurais honte si quelqu'un de ma famille avait le VIH. | <p>D'ACCORD 1</p> <p>PAS D'ACCORD 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |
| 1041 | Avez-vous peur de contracter le VIH si vous étiez en contact avec la salive d'une personne vivant avec le VIH ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>DIT QU'ELLE A LE VIH 3</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE/ÇA DÉPENI 8</p> | |

SECTION 10. VIH/SIDA

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

SECTION 10. VIH/SIDA

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À |
|-------------|--|--|---------|
| 1050 (4) | <p>Où êtes-vous allée ?</p> <p>Pas d'autre endroit ?</p> <p>INSISTEZ POUR DÉTERMINER LE TYPE D'ENDROIT.</p> <p>SI VOUS NE POUVEZ DÉTERMINER SI L'ENDROIT EST DU SECTEUR PUBLIC OU PRIVÉ, INSCRIVEZ LE NOM DE L'ENDROIT.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> | <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL DU GOUVERNEMENT A</p> <p>CENTRE DE SANTÉ DU GOUVERNEMENT B</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL C</p> <p>CLINIQUE DE PLANIFICATION FAMILIALE D</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL E</p> <p>AUTRE SECTEUR PUBLIC _____ F</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL/CLINIQUE PRIVÉ/ MÉDECIN PRIVÉ G</p> <p>CENTRE INDÉPENDANT DE TEST ET CONSEIL H</p> <p>PHARMACIE I</p> <p>SERVICES MOBILES DE TEST ET CONSEIL J</p> <p>AUTRE SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ _____ K</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> <p>AUTRE SOURCE</p> <p>BOUTIQUE L</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRÉCISEZ)</p> | |
| 1051 | Si une femme sait que son mari est atteint d'une maladie qu'elle peut contracter au cours de rapports sexuels, pensez-vous qu'il est justifié qu'elle lui demande qu'ils utilisent un condom quand ils ont des rapports sexuels ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1052 | Est-ce que vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand elle sait qu'il a des relations sexuelles avec d'autres femmes ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p> | |
| 1053 | <p>VÉRIFIEZ 701:</p> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/ <input type="checkbox"/> PAS EN UNION <input type="checkbox"/></p> <p>VIT AVEC UN HOMME ↓</p> | | → 1101 |
| 1054 | Pouvez-vous refuser d'avoir des rapports sexuels avec votre (mari/partenaire) quand vous ne souhaitez pas en avoir ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR! 8</p> | |
| 1055 | Pourriez-vous demander à votre (mari/partenaire) d'utiliser un condom si vous vouliez qu'il en utilise un ? | <p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>ÇA DÉPEND/PAS SÛR! 8</p> | |

(1) Si Q. 1003, 1005, et/ou 1006 ne s'appliquent pas au contexte local, remplacez-les en utilisant des conceptions erronées locales. Au moins deux questions portant sur les conceptions erronées sont nécessaires.

(2) La question peut être supprimée dans les pays où la prévalence du VIH est très faible.

(3) On suppose que l'année de l'enquête est 2015. Pour les enquêtes commençant en 2016, toutes les références aux années du calendrier doivent être augmentées de une année; par exemple, 2009 devient 2010, 2010 devient 2011, 2011 devient 2012, et ainsi de suite pour toutes les années dans tout le questionnaire.

(4) Les catégories doivent être développées localement et révisées sur la base du prétest; cependant, les grandes catégories doivent être maintenues. Dans la catégorie Secteur médical privé, on peut ajouter des codes concernant des endroits affiliés à des institutions religieuses et à des ONG.

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

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

SECTION 11. AUTRES PROBLÈMES DE SANTÉ

| No | QUESTIONS ET FILTRES | CODES | ALLEZ À | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|
| 1109 (2) | Êtes-vous couverte par une assurance médicale ? | OUI 1 NON 2 | → 1111 | | | | |
| 1110 (2) | Par quel type d'assurance médicale êtes-vous couverte ? ENREGISTREZ TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ. | MUTUELLE DE SANTÉ/ ASSURANCE SANTÉ CONNUNAUTAIRE A ASSURANCE SANTÉ PAR L'EMPLOYEUR B SÉCURITÉ SOCIALE C AUTRE ASSURANCE PRIVÉE COMMERCIALE D AUTRE _____ X (PRÉCISEZ) | | | | | |
| 1111 | ENREGISTREZ L'HEURE. | HEURES MINUTES | <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

(1) Ajoutez des termes locaux.

(2) Si un système d'assurances médicales prépayées ou un autre type de système est disponible dans le pays, ajoutez-les à la question.

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE
À REMPLIR UNE FOIS L'INTERVIEW TERMINÉE

COMMENTAIRES SUR L'INTERVIEW :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATION DU CHEF D'ÉQUIPE

OBSERVATION DE LA CONTRÔLEUSE

INSTRUCTIONS:

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

CODES À UTILISER POUR CHAQUE COLONNE

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

N NAISSANCES
G GROSSESSES
F FIN DE GROSSESSE

0 AUCUNE MÉTHODE

1 STÉRILISATION FÉMININE
2 STÉRILISATION MASCULINE
3 DIU
4 INJECTABLES
5 IMPLANTS
6 PILULE
7 CONDOM
8 CONDOM FÉMININ
9 PILULE DU LENDEMAIN
J MÉTHODE DES JOURS FIXES
K MÉTHODE DE L'AMÉNORRHÉE ET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
L MÉTHODE DU RYTHME

M RETRAIT
X AUTRE MÉTHODE MODERNE
Y AUTRE MÉTHODE TRADITIONNELLE

COLONNE 2: DISCONTINUATION DE L'UTILISATION CONTRACEPTIVE

0 RAPPORTS SEX. PEU FRÉQUENTS/MARI ABSENT
1 TOMBÉE ENCEINTE ALORS QU'ELLE UTILISAIT
2 SOUHAITAIT TOMBER ENCEINTE
3 MARI/PARTENAIRE DÉSAPPROUVE
4 VOULAIT MÉTHODE PLUS EFFICACE
5 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES
6 MANQUE D'ACCESSIBILITÉ/TROP ÉLOIGNÉ
7 COÛTE TROP CHER
8 PAS PRATIQUE À UTILISER
F FATALISTE
A DIFFICULTÉS POUR TOMBER ENCEINTE/MÉNOPAUSE
D DISSOLUTION DU MARIAGE/SÉPARATION
X AUTRE

(PRÉCISEZ)

Z NE SAIT PAS

(1) On suppose que l'année de la collecte est 2015. Pour la collecte commençant en 2016, toutes les références aux années de calendrier doivent être augmentées d'une année ; par exemple, 2009 doit être changé en 2010, 2010 doit être changé en 2011, 2011 doit être changé en 2012, 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 | | |
| 2 | 09 | SEP | 04 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 05 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 06 | | 1 |
| 5 | 06 | JUIN | 07 | | 5 |
| (1) | 05 | MAI | 08 | | (1) |
| | 04 | AVRIL | 09 | | |
| | 03 | MARS | 10 | | |
| | 02 | FEVRIER | 11 | | |
| | 01 | JAN | 12 | | |
| <hr/> | | | | | |
| | 12 | DEC | 13 | | |
| | 11 | NOV | 14 | | |
| | 10 | OCT | 15 | | |
| 2 | 09 | SEP | 16 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 17 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 18 | | 1 |
| 4 | 06 | JUIN | 19 | | 4 |
| | 05 | MAI | 20 | | |
| | 04 | AVRIL | 21 | | |
| | 03 | MARS | 22 | | |
| | 02 | FEVRIER | 23 | | |
| | 01 | JAN | 24 | | |
| <hr/> | | | | | |
| | 12 | DEC | 25 | | |
| | 11 | NOV | 26 | | |
| | 10 | OCT | 27 | | |
| 2 | 09 | SEP | 28 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 29 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 30 | | 1 |
| 3 | 06 | JUIN | 31 | | 3 |
| | 05 | MAI | 32 | | |
| | 04 | AVRIL | 33 | | |
| | 03 | MARS | 34 | | |
| | 02 | FEVRIER | 35 | | |
| | 01 | JAN | 36 | | |
| <hr/> | | | | | |
| | 12 | DEC | 37 | | |
| | 11 | NOV | 38 | | |
| | 10 | OCT | 39 | | |
| 2 | 09 | SEP | 40 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 41 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 42 | | 1 |
| 2 | 06 | JUIN | 43 | | 2 |
| | 05 | MAI | 44 | | |
| | 04 | AVRIL | 45 | | |
| | 03 | MARS | 46 | | |
| | 02 | FEVRIER | 47 | | |
| | 01 | JAN | 48 | | |
| <hr/> | | | | | |
| | 12 | DEC | 49 | | |
| | 11 | NOV | 50 | | |
| | 10 | OCT | 51 | | |
| 2 | 09 | SEP | 52 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 53 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 54 | | 1 |
| 1 | 06 | JUIN | 55 | | 1 |
| | 05 | MAI | 56 | | |
| | 04 | AVRIL | 57 | | |
| | 03 | MARS | 58 | | |
| | 02 | FEVRIER | 59 | | |
| | 01 | JAN | 60 | | |
| <hr/> | | | | | |
| | 12 | DEC | 61 | | |
| | 11 | NOV | 62 | | |
| | 10 | OCT | 63 | | |
| 2 | 09 | SEP | 64 | | 2 |
| 0 | 08 | AOÛT | 65 | | 0 |
| 1 | 07 | JUL | 66 | | 1 |
| 0 | 06 | JUIN | 67 | | 0 |
| | 05 | MAI | 68 | | |
| | 04 | AVRIL | 69 | | |
| | 03 | MARS | 70 | | |
| | 02 | FEVRIER | 71 | | |
| | 01 | JAN | 72 | | |