

RÉPUBLIQUE DU TCHAD
MINISTÈRE DU PLAN, DU DÉVELOPPEMENT ET DE LA COOPÉRATION
INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE, DES ÉTUDES ÉCONOMIQUES ET DÉMOGRAPHIQUES

DEUXIÈME ENQUÊTE DÉMOGRAPHIQUE ET DE SANTÉ

-- QUESTIONNAIRE FEMME --

IDENTIFICATION

NOM DE LA LOCALITÉ _____ NOM DU CHEF DE MÉNAGE _____ DÉPARTEMENT..... SOUS- PRÉFECTURE CANTON..... NUMÉRO DE GRAPPE (EDST)..... NUMÉRO DE STRUCTURE..... NUMÉRO DE MÉNAGE DANS LA STRUCTURE..... NUMÉRO SÉQUENTIEL DU MÉNAGE SÉLECTIONNÉ (01-24 EN URBAIN ; 01-33 EN RURAL) URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2)..... N'DJAMÉNA = 1 ; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH= 2 ; AUT. CHEF LIEU DÉPART.=3 ; AUT. PETITES VILLES= 4 ; RURAL= 5 NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME (DU QUESTIONNAIRE MÉNAGE) _____	DEPT. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> GRAPPE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> STRUCT. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MENAG/STRUC <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MENAG/SEQU. <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> URBAIN/RURAL <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> RÉSIDENCE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> N° DE LIGNE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
---	--

VISITES D'ENQUÊTRICES

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> NOM <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> RÉSULTAT <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
NOM DE L'ENQUÊTRICE				
RÉSULTAT*				
PROCHAINE VISITE :DATE				NOMBRE TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
HEURE				

*CODES RÉSULTAT:

1 REMPLI	4 REFUSÉ	7 AUTRE _____
2 PAS À LA MAISON	5 REMPLI PARTIELLEMENT	(PRÉCISER)
3 DIFFÉRÉ	6 INCAPACITÉ	

LANGUE DE L'INTERVIEW**.....

INTERPRETE (OUI = 1 ; NON = 2).....

**CODES LANGUES	FRANÇAIS.....01	GOR.....05	LELE.....09	MOUSSEYE.....13
	ARABÉ TCHADIEN..02	GORANE.....06	MABA (OUADDAIEN).....10	NGAMBAY.....14
	SAR.....03	GOULEY.....07	MBAY.....11	TOUPOURI.....15
	BORNOU.....04	KANEMBOU.....08	MOUDANG.....12	AUTRES LANGUES.....16

CONTRÔLEUSE	CHEF D'ÉQUIPE	CONT. BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	<table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES DES ENQUÊTÉES

CONSENTEMENT APRÈS INFORMATIONS

Bonjour. Mon nom est _____ et je travaille pour l'Institut National de la Statistique, des Etudes Economiques et Démographiques. En collaboration avec le Ministère de la Santé Publique, nous sommes en train d'effectuer une enquête nationale sur la santé des femmes et des enfants. Nous souhaiterions que vous participiez à cette enquête. J'aimerais vous poser des questions sur votre santé (et sur la santé de vos enfants) Ces informations seront utiles au gouvernement pour planifier les services de santé. L'entretien dure généralement entre 20 et 45 minutes. Les informations que vous nous fournirez resteront strictement confidentielles et ne seront transmises à personne.

Avez-vous des questions ?

Puis-je commencer l'entretien maintenant ?

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> MINUTES <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NSP MOIS 98 ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> NSP ANNÉE 9998	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHÉRENTS.	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES ... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
SI L'ENQUÊTÉE A MOINS DE 15 ANS OU PLUS DE 49 ANS, ARRÊTER L'INTERVIEW ET EFFECTUER LES CORRECTIONS APPROPRIÉES DANS LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE			
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI 1 NON 2	→ 112A
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	ÉCOLE CORANIQUE SEULEMENT 1 PRIMAIRE 2 SECONDAIRE 3 SUPÉRIEUR 4 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE ... 5 PROFESSIONNEL NIV. SUPÉRIEUR 6	→ 112A
109	Quelle est la dernière classe/année que vous avez achevée à ce niveau? *	CLASSE/ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/>	

*CODES POUR Q. 109

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPÉRIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL SUPÉRIEUR
	(Y COMPRIS MEDERSA)				
	0= MOINS D'1 AN ACHÉVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
CLASSE	1= CP1 2= CP2 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2 8= NE SAIT PAS	1= 6è 2= 5è 3= 4è 4= 3è 5= 2nde 6= 1ère 7= Terminale 8= NSP	1= 1 ^o année. 2= 2 ^o année 3= 3 ^o année 4= 4 ^o année ou + 8= NSP	1= 6è ou 1 ^o année 2= 5è ou 2 ^o année 3= 4è ou 3 ^o année 4= 3è ou 4 ^o année 5= 2nde ou 5 ^o année 6= 1ère ou 6 ^o année 7= Term. Ou 7 ^o année 8= NSP	1= 1 ^o année. 2= 2 ^o année 3= 3 ^o année 4= 4 ^o année ou + 8= NE SAIT PAS

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
110	VÉRIFIER 106: ÂGÉE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> ÂGÉE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 112A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI 1 NON 2	→ 112A
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	S'EST MARIÉE 01 TOMBÉE ENCEINTE 02 GARDE ENFANTS PLUS JEUNES 03 FAMILLE AVAIT BESOIN AIDE AU TRAVAIL 04 POUVAIT PAS PAYER ÉTUDE 05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT 06 SUFFISAMMENT SCOLARISÉE 07 N'AIMAIT PAS ÉCOLE 08 ÉCHEC À L'ÉCOLE 09 ÉCOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN 10 RAISONS DE SANTÉ 11 MANQUE DE TUTEUR 12 AUTRE 96 NE SAIT PAS 98	
112A	Savez-vous lire l'arabe, le français, le français et l'arabe ou ne savez-vous pas lire du tout ?	ARABE SEULEMENT 1 FRANÇAIS SEULEMENT 2 ARABE ET FRANÇAIS 3 NE SAIT PAS LIRE DU TOUT 4	→ 115 → 116
113	VÉRIFIER 107 ET 108: N'A JAMAIS FRÉQUENTÉ L'ÉCOLE OU SEUL. PRIMAIRE <input type="checkbox"/> OU SEUL. CORANIQUE <input checked="" type="checkbox"/> SECONDAIRE OU PROFESSION. SECOND. <input type="checkbox"/> OU SUPÉRIEUR OU PROF. SUPÉRIEUR		→ 115
114	Maintenant, je voudrais que vous me lisiez cette phrase en français à haute voix ; lisez-en le plus que vous pouvez. MONTRER VOTRE CARTE À L'ENQUÊTÉE SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS LIRE LA PHRASE ENTIÈRE, INSISTER : Pouvez-vous lire une partie de la phrase ?	NE PEUT PAS LIRE DU TOUT 1 PEUT LIRE CERTAINES PARTIES 2 PEUT LIRE TOUTE LA PHRASE 3	→ 116
115	Lisez-vous un journal ou un magazine pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour ou pratiquement chaque jour?	OUI 1 NON 2	
117	Regardez-vous la télévision pratiquement chaque jour, au moins une fois par semaine, moins d'une fois par semaine ou pas du tout?	PRATIQUEMENT CHAQUE JOUR 1 AU MOINS UNE FOIS PAR SEMAINE 2 MOINS D'UNE FOIS PAR SEMAINE 3 PAS DU TOUT 4	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE 1 PROTESTANTE 2 MUSULMANE/ISLAM 3 ANIMISTE 4 SANS RELIGION 5 AUTRE 6	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
120	Quelle est votre ethnie ?	GORANE..... 01 ARABE 02 OUADDAÏ..... 03 BAGUIRMIEN 04 KANEM-BORNOU 05 FITRI-BATHA..... 06 HADJARAI 07 LAC IRO..... 08 SARA 09 TANDJILE 10 PEUL..... 11 MAYO KEBBI..... 12 AUTRES ETHNIES TCHADIENNES 13 ÉTRANGER 14 INDÉTERMINE 98	

SECTION 2
REPRODUCTION

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À								
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI..... 1 NON 2	→206								
202	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI..... 1 NON 2	→204								
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES À LA MAISON <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
204	Avez-vous des fils ou filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI..... 1 NON 2	→206								
205	Combien de fils sont en vie mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont en vie mais ne vivent pas avec vous? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	FILS AILLEURS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES AILLEURS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
206	Avez-vous déjà donné naissance à un garçon ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun enfant qui a crié ou a montré un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI..... 1 NON 2	→208								
207	Combien de garçons sont décédés? Combien de filles sont décédées? SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	GARÇONS DÉCÉDÉS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> FILLES DÉCÉDÉES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
207A	Avez-vous eu d'autres enfants qui sont nés vivants mais qui sont morts après quelques minutes, quelques heures, ou quelques jours ?	OUI..... 1 NON 2	→208								
207B	CORRIGER Q207 PUIS CONTINUER AVEC LA QUESTION 208.										
208	FAITES LA SOMME DES RÉPONSES À Q. 203, 205, ET 207, ET ENREGISTRER LE TOTAL. SI AUCUN, ENREGISTRER '00'.	TOTAL..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table>									
209	VÉRIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL _____ naissances au cours de votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.										
210	VÉRIFIER 208: UNE NAISSANCE OU PLUS <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> _____		→225								

211	Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en partant de la 1 ^{ère} que vous avez eue. NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES À Q.212. NOTER LES JUMEAUX / TRIPLÉS SUR DES LIGNES SÉPARÉES.							
212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
Quel nom a été donné à votre (premier/ suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire ? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
01	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER À NAIS. SUIV. ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	
02	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2
03	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2
04	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2
05	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2
06	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2
07	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS.... 1 MOIS.....2 ANNÉES..3	OUI.....1 NON2

212	213	214	215	216	217: SI EN VIE:	218 SI EN VIE	219 SI DÉCÉDÉ:	220
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER : Quelle est sa date de naissance?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire? NOTER ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES.	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est décédé(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNÉES.	Y a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE) et (NOM)?
08	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
09	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
10	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
11	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
12	SIMP... 1 MULT.. 2	GAR.. 1 FILLE 2	MOIS.... <input type="text"/> ANNÉE <input type="text"/> <input type="text"/>	OUI.....1 NON2 ↓ 219	ÂGE EN ANNÉES <input type="text"/>	OUI.....1 NON....2 PASSER Q.220 ←	JOURS....1 <input type="text"/> MOIS.....2 <input type="text"/> ANNÉES..3 <input type="text"/>	OUI.....1 NON2
221	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE)?					OUI 1 NON..... 2		
222	<p>COMPARER 208 AVEC NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTRÉES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET COCHER:</p> <p>NOMBRES SONT ÉGAUX <input type="checkbox"/> NOMBRES SONT DIFFÉRENTS <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER, PUIS VÉRIFIER <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>VÉRIFIER :</p> <p>POUR CHAQUE NAISSANCE : L'ANNÉE DE NAISSANCE EST ENREGISTRÉE.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT VIVANT : L'ÂGE ACTUEL EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR CHAQUE ENFANT DÉCÉDÉ : L'ÂGE AU DÉCÈS EST ENREGISTRÉ.</p> <p>POUR L'ÂGE AU DÉCÈS 12 MOIS OU 1 AN : INSISTER POUR DÉTERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.</p>							
224	VÉRIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES EN 1999 OU PLUS TARD. SI AUCUNE, ENREGISTRER '0'.							<input type="text"/>

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
225	Êtes-vous enceinte en ce moment?	OUI..... 1 NON 2 PAS SÛRE 8	→ 228
226	De combien de mois êtes-vous enceinte? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
227	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous <u>attendre plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus/ne pas avoir d'enfant</u> ?	À CE MOMENT-LÀ 1 PLUS TARD 2 NE PLUS/NE PAS AVOIR D'ENFANT 3	
228	Avez-vous déjà eu une grossesse qui s'est terminée par une fausse couche, un avortement ou un mort-né?	OUI..... 1 NON 2	→ 235
229	Quand la dernière grossesse de ce genre s'est-elle terminée?	MOIS..... <input type="text"/> ANNÉE..... <input type="text"/>	
230	VÉRIFIER 229: DERNIÈRE GROSSESSE TERMINÉE EN JAN. 1999 OU PLUS TARD <input type="checkbox"/> DERNIÈRE GROSS. TERMINÉE AVANT JAN. 1999 <input type="checkbox"/>		→ 234
231	De combien de mois étiez-vous enceinte quand la dernière grossesse de ce genre s'est terminée? ENREGISTRER LE NOMBRE DE MOIS RÉVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
232	Est-ce que cette grossesse s'est terminée par un avortement provoqué?	OUI..... 1 NON 2	
233	Avez-vous eu d'autres grossesses qui ne se sont pas terminées par une naissance vivante?	OUI..... 1 NON 2	→ 235
234	En tout, au cours de votre vie, combien avez-vous de grossesses qui se sont terminées par une fausse couche, un avortement provoqué ou un mort-né? SI "AUCUN", ENREGISTRER '00'.	FAUSSE-COUCHE <input type="text"/> AVORTEMENT PROVOQUÉ <input type="text"/> MORT-NÉ <input type="text"/>	
235	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNÉE)	IL Y A ... JOURS 1 <input type="text"/> IL Y A ... SEMAINES..... 2 <input type="text"/> IL Y A ... MOIS 3 <input type="text"/> IL Y A ... ANNÉES..... 4 <input type="text"/> EN MÉNOPAUSE/ A EU UNE HYSTÉRECTOMIE..... 994 AVANT LA DERNIÈRE NAISSANCE ... 995 JAMAIS EU DE RÈGLES 996	
236	Entre la période des règles et les règles suivantes, y a-t-il certains jours pendant lesquels une femme a plus de chances de tomber enceinte que d'autres si elle a des rapports sexuels?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS..... 8	→ 301

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
237	Est-ce que ce moment se situe juste avant que les règles ne commencent, pendant la période des règles, juste après que les règles finissent ou au milieu, entre deux périodes de règles?	JUSTE AVANT DÉBUT DES RÈGLES 1 PENDANT LES RÈGLES 2 JUSTE APRÈS LA FIN DES RÈGLES 3 AU MILIEU ENTRE 2 PÉRIODES DE RÈGLES 4 AUTRE 6 NE SAIT PAS 8	

SECTION 3 - CONTRACEPTION

301	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale – les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.		
ENCERCLER CODE 1 A 301A POUR CHAQUE METHODE CITEE DE FAÇON SPONTANEE. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 301A EN DESCENDANT, EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON CITEE SPONTANEMENT. ENCERCLER LE CODE 1 SI LA METHODE EST RECONNUE ET LE CODE 2 SI ELLE N'EST PAS RECONNUE. PUIS, POUR CHAQUE METHODE AVEC CODE 1 ENCERCLÉ À 301A, POSER 302.			
301A	De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler? POUR LES METHODES NON CITEES SPONTANEMENT, DEMANDER : Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		302 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01	STÉRILISATION FÉMININE Les femmes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
02	STÉRILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu un mari qui avait eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI 1 NON 2
03	PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule chaque jour	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
04	DIU/STÉRILET Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place à l'intérieur.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
05	INJECTIONS Les femmes peuvent avoir une injection faite par du personnel de santé pour éviter de tomber enceinte pendant un mois ou plus.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
06	IMPLANTS Les femmes peuvent se faire insérer sous la peau de la partie supérieure du bras plusieurs petits bâtonnets qui les empêchent de tomber enceinte pendant une année ou plus.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
07	CONDOM Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
08	CONDOM FÉMININ Les femmes peuvent se placer un étui dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
09	DIAPHRAGME Les femmes peuvent se placer un diaphragme dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
10	MOUSSE, GELÉE OU TABLETTES VAGINALES Les femmes peuvent s'insérer un suppositoire, se mettre de la gelée ou de la crème dans leur vagin avant les rapports sexuels.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
11	MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMÉNORRÉE (MAMA) Jusqu'à 6 mois après une naissance, une femme peut utiliser une méthode qui nécessite d'allaiter souvent, jour et nuit, et que ses règles ne soient pas revenues.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
12	RYTHME/CONTINENCE PÉRIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter une grossesse en évitant les rapports sexuels les jours du mois où elle a plus de chances de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
13	RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
14	PILULE DU LENDEMAIN Les femmes peuvent prendre une pilule les jours après les rapports sexuels, jusqu'au troisième jour après, pour éviter de tomber enceinte.	OUI 1 NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
15	Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI 1 _____ (PRÉCISER) _____ (PRÉCISER) NON 2 <input type="checkbox"/>	OUI 1 NON 2
303	VÉRIFIER 302: PAS UN SEUL "OUI" <input type="checkbox"/> AU MOINS UN "OUI" <input type="checkbox"/> _____ (N'A JAMAIS UTILISÉ) (A DÉJÀ UTILISÉ)		→ 306

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
304	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→315
305	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 302 ET 303 (ET 301A SI NÉCESSAIRE).		
306	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, ENREGISTRER "00".	NOMBRE D'ENFANTS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	
307	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD 1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT 2 AUTRE RAISON 6	
308	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FEMME STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		→311
309	VÉRIFIER 225: NON ENCEINTE OU PAS SÛRE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ENCEINTE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>		→315
310	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI 1 NON 2	→315
311	VÉRIFIER 302 (01): FEMME NON STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> FEMME STÉRILISÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Quelle méthode utilisez-vous? ENCERCLER '01' POUR LA STÉRILISATION FÉMININE	STÉRILISATION FÉMININE 01 STÉRILISATION MASCULINE 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ 08 DIAPHRAGME 09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN 10 MAMA (MÉTHODE ALLAITEMENT) 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE 96	
312	VÉRIFIER 311: FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> AUTRES MÉTHODES <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> En quel mois et en quelle année la stérilisation a-t-elle été effectuée? En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à utiliser (MÉTHODE DE Q.311) de façon continue?	MOIS <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> ANNÉE <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
313	VÉRIFIER 311: ENCERCLER LE CODE DE LA MÉTHODE:	STÉRILISATION FÉMININE..... 01 STÉRILISATION MASCULINE..... 02 PILULE 03 DIU/STÉRILET 04 INJECTIONS 05 IMPLANTS 06 CONDOM 07 CONDOM FÉMININ..... 08 DIAPHRAGME..... 09 MOUSSE/GELÉE/TABLETTE VAGIN.... 10 MAMA (MÉTHODE ALLAITEMENT) 11 CONTINENCE PÉRIODIQUE 12 RETRAIT 13 AUTRE MÉTHODE..... 96	→ 315
314	VÉRIFIER 313: <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> FEMME OU HOMME STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> ↓ Où a eu lieu la stérilisation? </div> <div style="text-align: center;"> AUTRES MÉTHODES <input type="checkbox"/> ↓ Où avez-vous obtenu (MÉTHODE DE Q.313) la dernière fois? </div> </div>	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ 11 HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON. 12 CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON..... 13 POLYCLINIQUE 14 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 15 AUTRE PUBLIC..... 16 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE/CABINET MÉDICAL 22 ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL. 23 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... 24 CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE 25 CABINET SOINS/INFIRMERIE 26 PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA. 27 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ 28 SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE 31 AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ 41 SECOURISTE 42 VENDEUR AMBULANT 43 AMIS/VOISINS/PARENTS 44 AUTRE ENDROIT 96	→ 318
315	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI 1 NON 2	→ 318

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
316	<p>Quel est cet endroit?</p> <p>INSISTER: Aucun autre endroit?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉA</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON.B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISONC</p> <p>POLYCLINIQUED</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉE</p> <p>AUTRE PUBLICF</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉG</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICALH</p> <p>ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL.I</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉJ</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISEK</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIEL</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA.M</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉN</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEO</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHÉP</p> <p>SECOURISTEQ</p> <p>VENDEUR AMBULANTR</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTSS</p> <p>AUTRE ENDROITX</p>	
318	Au cours des 12 derniers mois, êtes-vous allée dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→320
319	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé de méthodes de planification familiale?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	
320	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→401
321	Pensez-vous que le fait d'allaiter augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	<p>AUGMENTE 1</p> <p>DIMINUE 2</p> <p>ÇA DÉPEND 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→401
322	<p>VÉRIFIER 208:</p> <p>AU MOINS UNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE</p> <p>AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE</p>		→401
323	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→401
324	<p>VÉRIFIER 225 ET 311 :</p> <p>PAS ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> PAS SÛRE ET NON STÉRILISÉE</p> <p>ENCEINTE OU <input type="checkbox"/> STÉRILISÉE</p>		→401
325	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	

SECTION 4A
GROSSESSE, SOINS POSTNATALS ET ALLAITEMENT

401	VÉRIFIER 224: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1999 <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> PAS DE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1999 </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> _____ </div>	→ 482	
402	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM ET L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS 1999. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIÈRE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER LA DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES). Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé de tous vos enfants nés dans les 5 dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)		
403	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width: 40px;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISS NUMÉRO DE LIGNE <input style="width: 40px;" type="text"/>
404	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> MORT <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, Ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant du tout?	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 407) < _____ PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 407) < _____	À CE MOMENT..... 1 (PASSER À 422) < _____ PLUS TARD..... 2 NE VOULAIT PLUS..... 3 (PASSER À 422) < _____
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS..... 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> ANNÉES..... 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> NE SAIT PAS..... 998	MOIS..... 1 <input style="width: 40px;" type="text"/> ANNÉES..... 2 <input style="width: 40px;" type="text"/> NE SAIT PAS..... 998
407	Pour cette grossesse, avez-vous reçu des soins prénatals? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES. SI « ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE », INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. - PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMÉES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MÉDICAMENTS. - -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A SAGE-FEMME..... B INFIRMIER(E)..... C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ..... D ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE..... E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE..... F AGENT DE SANTÉ VILLAGEOISE..... G SECOURISTE..... H GUÉRISSEUR..... I AUTRE..... X PERSONNE..... Y (PASSER À 415) < _____	
407A	Avez-vous reçu un carnet de maternité pour cette grossesse? SI 'OUI': Puis-je le voir?	OUI, VU..... 1 OUI, NON VU..... 2 PAS DE CARNET..... 3	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input style="width: 40px;" type="text"/> NE SAIT PAS..... 98	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____																					
409	Combien de fois avez-vous été en consultation durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
410	VÉRIFIER 409: NOMBRE DE CONSULTATIONS PRÉNATALES REÇUES	UNE FOIS <input type="text"/> (PASSER À 412) PLUS D'UNE FOIS OU NSP <input type="text"/> ↓																						
411	De combien de mois étiez-vous enceinte la dernière fois que vous avez passé une visite prénatale?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98																						
412	Durant cette grossesse, avez-vous eu les examens suivants, au moins une fois? Avez-vous été pesée? Vous-a-t-on mesurée? Vous-a-t-on pris la tension? Avez-vous fait un examen d'urine? Avez-vous fait un examen de sang? Avez-vous eu un touché vaginal?	<table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>POIDS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TAILLE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TENSION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>URINE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANG.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TOUCHÉ VAGINAL.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	POIDS.....	1	2	TAILLE.....	1	2	TENSION.....	1	2	URINE.....	1	2	SANG.....	1	2	TOUCHÉ VAGINAL.....	1	2	
	OUI	NON																						
POIDS.....	1	2																						
TAILLE.....	1	2																						
TENSION.....	1	2																						
URINE.....	1	2																						
SANG.....	1	2																						
TOUCHÉ VAGINAL.....	1	2																						
413	Vous-a-t-on parlé des signes de complications de la grossesse?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 415) <----- NE SAIT PAS..... 8																						
414	Vous-a-t-on dit où aller si vous aviez ces complications?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																						
415	Durant cette grossesse, vous-a-t-on fait une injection qui est faite généralement à l'épaule pour éviter au bébé d'avoir le tétanos, c'est-à-dire des convulsions après la naissance?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 416) <----- NE SAIT PAS..... 8																						
415A	Durant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/> NE SAIT PAS 8																						
416	Durant cette grossesse, vous a-t-on donné ou avez-vous acheté des médicaments contenant du fer?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 418) <----- NE SAIT PAS..... 8																						
417	Durant toute la grossesse, pendant combien de jours avez-vous pris ce médicament? SI LA RÉPONSE N'EST PAS NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF DE JOURS.	NOMBRE DE JOURS <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 998																						
418	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir à la lumière du jour?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8																						

		DERNIÈRE NAISSANCE	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
419	Durant cette grossesse, avez-vous eu des difficultés pour voir au crépuscule ou au coucher du soleil?	OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS..... 8	
420	Durant cette grossesse, avez-vous pris des médicaments pour éviter le paludisme?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 422) <----- NE SAIT PAS..... 8	
421	Quel était ce médicament? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE/NIVAQUINE..... A FANSIDAR..... B AUTRES ANTI-PALUDÉENS..... C PLANTES/DÉCOCTION..... D AUTRES..... X MÉDICAMENT INCONNU..... Y	
422	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: Très gros, plus gros que la moyenne, moyen, Plus petit que la moyenne, ou très petit?	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT..... 5 NE SAIT PAS..... 8	TRÈS GROS..... 1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE... 2 MOYEN..... 3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE... 4 TRÈS PETIT..... 5 NE SAIT PAS..... 8
423	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 425) <----- NE SAIT PAS..... 8	OUI..... 1 NON..... 2 (PASSER À 425) <----- NE SAIT PAS..... 8
424	Combien (NOM) pesait-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTÉ SUR LE CARNET DE L'ENFANT, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 99998	GRAMMES DU CARNET..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MÉMOIRE..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS..... 99998
425	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITÉES. SI « ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE », INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. - PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMÉES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MÉDICAMENTS. -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE.	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A SAGE-FEMME..... B INFIRMIER(E)..... C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ..... D ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE..... E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE..... F AGENT DE SANTÉ VILLAGEOISE..... G SECOURISTE..... H GUÉRISSEUR..... I AMIS/VOISINS/PARENTS..... J AUTRE..... X PERSONNE..... Y	PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ MÉDECIN..... A SAGE-FEMME..... B INFIRMIER(E)..... C AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ..... D ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE..... E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE..... F AGENT DE SANTÉ VILLAGEOISE..... G SECOURISTE..... H GUÉRISSEUR..... I AMIS/VOISINS/PARENTS..... J AUTRE..... X PERSONNE..... Y

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____								
426	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE11 (PASSER À 427A) <----- AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ/ CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE21 AUTRE ÉTABLIS. PUBLIC22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HOPITAL/CLINIQUE/ CENTRE DE SANTÉ/ CABINET MÉDICAL.....31 AUTRE ÉTABLIS. PRIVÉ.....32 SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ CENTRE SANTÉ VILLAGEOIS ..41 AUTRE96 (PASSER À 427A) <-----	DOMICILE VOTRE DOMICILE 11 (PASSER À 427A) <----- AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ/ CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE 21 AUTRE ÉTABLIS. PUBLIC22 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HOPITAL/CLINIQUE/ CENTRE DE SANTÉ/ CABINET MÉDICAL..... 31 AUTRE ÉTABLIS. PRIVÉ.....32 SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ CENTRE SANTÉ VILLAGEOIS . 41 AUTRE96 (PASSER À 427A) <-----								
427	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI..... 1 (PASSER À 428) <----- NON 2	OUI..... 1 (PASSER À 428) <----- NON 2								
427A	Quelle est la raison principale pour laquelle vous n'avez pas accouché de (NOM) dans un établissement sanitaire?	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG ... 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 PRÉFÈRE LA MAISON 41 JE N'ÉTAIS PAS MALADE..... 51 PAS EU TEMPS D'ARRIVER 61 AUTRE.....96 NE SAIT PAS..... 98	ÉTABLISS. DIFFICILEMENT ACCESSIBLE/TROP LOIN 11 TROP CHER 12 TEMPS ATTENTE TROP LONG ... 21 MAUVAIS ÉQUIPEMENT 22 MÉDICAMENTS ESSENTIELS NON DISPONIBLES 23 MANQUE D'HYGIÈNE 24 MANQUE DE CONFIDENTIALITÉ/ D'INTIMITÉ..... 25 MANQUE DE PERSONNEL 31 PERSONNEL PAS QUALIFIÉ 32 PERSONNEL PAS AIMABLE 33 PRÉFÈRE LA MAISON..... 41 JE N'ÉTAIS PAS MALADE..... 51 PAS EU TEMPS D'ARRIVER 61 AUTRE.....96 NE SAIT PAS 98								
428	Après la naissance de (NOM), est-ce que vous êtes allée en consultation pour être examinée ?	OUI..... 1 NON 2 (PASSER À 433) <-----	OUI..... 1 (PASSER À 434) <----- NON 2								
429	Après combien de jours ou de semaines après l'accouchement avez-vous eu votre premier examen de santé ENREGISTRER "00" SI MÊME JOUR.	JOURS APRÈS ACC. 1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> SEMAINES APR. ACC .. 2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> NE SAIT PAS.....998									

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
430	<p>Qui vous a examinée à ce moment-là?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.</p> <p>SI « ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE », INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION.</p> <p>- PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMÉES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MÉDICAMENTS.</p> <p>-DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ</p> <p>MÉDECIN A</p> <p>SAGE-FEMME B</p> <p>INFIRMIER(E)..... C</p> <p>AUTRE PERSONNEL DE SANTÉ</p> <p>MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTÉ..... D</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIO. FORMÉE..... E</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITIO. NON FORMÉE..... F</p> <p>AGENT DE SANTÉ VILLAGEOISE..... G</p> <p>SECOURISTE..... H</p> <p>GUÉRISSEUR I</p> <p>AUTRE X</p> <p>PERSONNE..... Y</p> <p>(PASSER À 433) <_____</p>	
431	Où a eu lieu ce premier examen de santé?	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE11</p> <p>AUTRE DOMICILE.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ/ CENTRE SANTÉ/ DISPENSAIRE.21</p> <p>AUTRE ÉTABLIS. PUBLIC.....22</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE/ CENTRE DE SANTÉ/ CABINET MÉDICAL.....31</p> <p>AUTRE ÉTABLIS. PRIVÉ.....32</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>CENTRE SANTÉ VILLAGEOIS ..41</p> <p>AUTRE96</p>	
433	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	<p>OUI.....1</p> <p>(PASSER À 435) <_____</p> <p>NON2</p> <p>(PASSER À 436) <_____</p>	
434	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>(PASSER À 438) <_____</p>
435	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu vos règles?	<p>MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>	<p>MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 98</p>
436	VÉRIFIER 225: ENQUÊTÉE ENCEINTE?	<p>NON <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>EN- <input type="checkbox"/> OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/></p> <p>CEINTE ✓ (PASSER À 438) <_____</p>	
437	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	<p>OUI.....1</p> <p>NON2</p> <p>(PASSER À 439) <_____</p>	

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____
438	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) <u>n'avez-vous pas eu</u> 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
439	Avez-vous allaité (NOM) au sein?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) <—	OUI 1 NON 2 (PASSER À 444) <—
440	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, NOTER EN HEURES. AUTREMENT, NOTER EN JOURS.	IMMÉDIATEMENT 000 (PASSER À 440B) <— HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMÉDIATEMENT 000 (PASSER À 440B) <— HEURES 1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
440A	Dans les premières vingt quatre heures, avant de donner le sein à (NOM), lui avez-vous donné quelque chose d'autre à boire? Si 'OUI': Que lui avez-vous donné à boire?	EAU/EAU SUCRÉE A LAIT ARTIFICIEL/LAIT ANIMAL B DÉCOCTION/INFUSION C AUTRE D NON/N'A RIEN DONNÉ Y	EAU/EAU SUCRÉE A LAIT ARTIFICIEL/LAIT ANIMAL B DÉCOCTION/INFUSION C AUTRE D NON/N'A RIEN DONNÉ Y
440B	Avez-vous donné le premier lait jaune à (NOM)?	OUI 1 NON 2	OUI 1 NON 2
441	VÉRIFIER 404: ENFANT VIVANT?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) <—	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 443) <—
442	Allaitez-vous encore (NOM)?	OUI 1 (PASSER À 445) <— NON 2	OUI 1 (PASSER À 445) <— NON 2
443	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM) ?	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98
444	VÉRIFIER 404: ENFANT EN VIE?	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, COLONNE SUIVANTE, OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)	EN VIE <input type="checkbox"/> DÉCÉDÉ <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER À 447) (RETOURNER À 405, DERNIÈRE COLONNE DU NOUV. QUEST., OU SI PLUS DE NAISSANCE, PASSER À 451)
445	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE ALLAIEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE NUIT.. <input type="text"/> <input type="text"/>
446	Hier, combien de fois avez-vous allaité pendant la journée? SI RÉPONSE NON NUMÉRIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	NOMBRE ALLAIEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE ALLAIEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>
447	Est-ce que (NOM) a bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8

		DERNIÈRE NAISSANCE			AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE
		NOM _____			NOM _____
449	Maintenant, je voudrais vous demander quels liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit. Hier durant le jour ou la nuit (NOM) a-t-il/elle reçu :		OUI	NON	NSP
a	Eau, eau sucrée?	EAU	1	2	8
b	Préparation artificielle pour bébé, comme cérélac, maïzena, blédine ou phosphatine?	PRÉPARATION	1	2	8
c	Tout type de lait, autre que le lait maternel comme le lait en boîte, en poudre, ou le lait frais d'animal?	AUTRE LAIT	1	2	8
d	Jus de fruit?	JUS	1	2	8
e	Autres liquides tels qu'infusion, boissons gazeuses, ou bouillons?	AUTRES LIQUIDES	1	2	8
449A	Maintenant, je voudrais vous demander quels aliments autres que liquides [NOM] a reçu, hier durant le jour ou la nuit. Hier durant le jour ou la nuit (NOM) a-t-il/elle reçu :		OUI	NON	NSP
f	Bouillie, boule, pain ou beignet à base de céréales comme blé, sorgho, mil, maïs ou riz ?	CÉRÉALES	1	2	8
g	Bouillie, purée, boule à base de tubercules ou racines, comme manioc, igname, tarot, patates ou pommes de terre, ou à base de plantain ?	TUBERCULES	1	2	8
h	Tout légume vert comme les feuilles de manioc, tarot, patate, épinard, ?	LÉGUME VERT	1	2	8
i	Carotte ?	CAROTTE	1	2	8
j	Fruits comme des oranges, mangues, papaye ou melon ?	FRUIT ROUGE	1	2	8
k	Tout autre fruit ?	AUTRE FRUIT	1	2	8
l	Tout produit laitier, comme le beurre, le fromage ou yaourts?	BEURRE/FRO-MAGE	1	2	8
m	Viande, volaille, poisson ou oeufs?	VIANDE/OEUF/POISSON	1	2	8
n	Tout autre aliment solide ou semi-solide?	AUTRE ALIMENT	1	2	8
450		RETOURNER À 405 DANS LA PROCHAINE COLONNE; OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.			RETOURNER À 405 DANS DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE OU, SI PLUS AUCUNE NAISSANCE, ALLER À 451.

SECTION 4B
VACCINATION ET SANTÉ

451	INSCRIRE LE NUMÉRO DE LIGNE, LE NOM, L'ÉTAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANVIER 1999. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER DERNIÈRE COLONNE DES QUESTIONNAIRES SUPPLÉMENTAIRES).		
452	NUMÉRO DE LIGNE DE Q.212	DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	AVANT-DERNIÈRE NAISSANCE NUMÉRO DE LIGNE <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
453	SELON Q.212 ET Q.216	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NOM </div> <div style="width: 45%;"> NOM </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 10px;"> <div style="width: 45%;"> VIVANT <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div> </div> <div style="width: 45%;"> DÉCÉDÉ <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">↓</div> (ALLER À 453, COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE ALLER À 481) </div> </div>	
454	Est-ce que (NOM) a reçu une dose de vitamine A, comme cela, au cours des 6 derniers mois ? MONTRER LES GÉLULES BLEU ET ROUGE.	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON.....2 NE SAIT PAS.....8
455	Avez-vous un carnet de vaccination pour (NOM) ? SI OUI: Puis-je le voir, s'il vous plait?	OUI, VU.....1 (PASSER À 457) <----- OUI, PAS VU.....2 (PASSER À 459) <----- PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER À 457) <----- OUI, PAS VU.....2 (PASSER À 459) <----- PAS DE CARNET.....3
456	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER À 459) <----- NON.....2	OUI.....1 (PASSER À 459) <----- NON.....2

457	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN, À PARTIR DU CARNET.											
	(2) NOTER '44' DANS LA COLONNE 'JOUR' SI LE CARNET INDIQUE QU'UN VACCIN A ÉTÉ FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ÉTÉ REPORTÉE.											
			JOUR	MOIS	ANNÉE		JOUR	MOIS	ANNÉE			
-	BCG	BCG.....					BCG.....					
-	POLIO 0 (à la naissance)	P0					P0					
-	POLIO 1	P1					P1					
-	POLIO 2	P2					P2					
-	POLIO 3	P3					P3					
-	DTCoq 1	D1					D1					
-	DTCoq 2	D2					D2					
-	DTCoq 3	D3					D3					
-	ROUGEOLE/	ROUG...					ROUG...					
-	FIÈVRE JAUNE	F JAUNE					F JAUNE					
-	VITAMINE A (LA PLUS RÉCENTE)	VIT. A....					VIT. A....					

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
458	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur ce carnet, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUÊTÉE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTC 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIÈVRE JAUNE.	OUI1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) _____ (PASSER À 463) <_____	OUI1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET ÉCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 457) _____ (PASSER À 463) <_____
		NON2 (PASSER À 463) <_____	NON2 (PASSER À 463) <_____
		NE SAIT PAS8	NE SAIT PAS8
459	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination?	OUI1 NON2 (PASSER À 463) <_____	OUI1 NON2 (PASSER À 463) <_____
		NE SAIT PAS8	NE SAIT PAS8
460	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
460A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection qui se fait généralement à la naissance à l'avant-bras gauche et qui laisse, généralement, une cicatrice?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
460B	Le vaccin de la polio, c'est-à-dire généralement des gouttes dans la bouche?	OUI1 NON2 (PASSER À 460E) <_____	OUI1 NON2 (PASSER À 460E) <_____
		NE SAIT PAS8	NE SAIT PAS8
460C	Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2	JUSTE APRÈS LA NAISSANCE1 PLUS TARD2
460D	Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460E	La vaccination du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que les gouttes contre la polio?	OUI1 NON2 (PASSER À 460G) <_____	OUI1 NON2 (PASSER À 460G) <_____
		NE SAIT PAS8	NE SAIT PAS8
460F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS <input type="text"/>
460G	Une injection contre la rougeole ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
460H	Une injection contre la fièvre jaune?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
463	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines ?	OUI1 NON2 (PASSER À 463F) <_____	OUI1 NON2 (PASSER À 463F) <_____
		NE SAIT PAS8	NE SAIT PAS8
463A	Est-ce que (NOM) a de la fièvre en ce moment?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
463B	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la fièvre?	OUI1 NON2 (PASSER À 463D) <-----	OUI1 NON2 (PASSER À 463D) <-----
463C	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉA HÔP. MILITAIRE/GARNISON.B CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON.C POLYCLINIQUED PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉE AUTRE PUBLICF SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉG CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ..H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉI CENTRE SANTÉ ENTREPRISE ..J CABINET SOINS/INFIRMERIE ...K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA ..L AUTRE MÉDICAL PRIVÉM SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEN AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉO GUÉRISSEUR/MARABOUTP SECOURISTE.Q AMIS/PARENTS.R AUTREX	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉA HÔP. MILITAIRE/GARNISON.B CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON.C POLYCLINIQUED PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉE AUTRE PUBLICF SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉG CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ..H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉI CENTRE SANTÉ ENTREPRISE ..J CABINET SOINS/INFIRMERIE ...K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA ..L AUTRE MÉDICAL PRIVÉM SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEN AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉO GUÉRISSEUR/MARABOUTP SECOURISTE.Q AMIS/PARENTS.R AUTREX
463D	Est-ce que quelque chose a été donné à (NOM) pour traiter la fièvre?	OUI1 NON2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À 463F) <----- NE SAIT PAS8
463E	Qu'a-t-on donné pour traiter la fièvre? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	CHLOROQUINE/NIVAQUINEA FANSIDARB QUINIMAXC AUTRES ANTI-PALUDÉENSD MÉDICAMENT INDÉTERMINÉE PLANTES DÉCOCTIONF AUTREX NE SAIT PASZ	CHLOROQUINE/NIVAQUINEA FANSIDARB QUINIMAXC AUTRES ANTI-PALUDÉENSD MÉDICAMENT INDÉTERMINÉE PLANTES DÉCOCTIONF AUTREX NE SAIT PASZ
463F	Est-ce que (NOM) dort d'habitude sous une moustiquaire ?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
463G	Est-ce que (NOM) a dormi sous une moustiquaire la nuit dernière?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8
464	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, au cours des deux dernières semaines	OUI1 NON2 (PASSER À 472) <----- NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 (PASSER À 472) <----- NE SAIT PAS8
465	Quand (NOM) souffrait de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8

		DERNIÈRE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIÈRE-NAISSANCE NOM _____
467	Avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement pour la toux?	OUI1 NON2 (PASSER À 472) <-----J	OUI.....1 NON2 (PASSER À 472) <-----J
468	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ.....A HÔP. MILITAIRE/GARNISON.....B CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUED PHARMACIE DE L'HOPITAL/CENTRE SANTÉ.....E AUTRE PUBLICF SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉG CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ..H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉI CENTRE SANTÉ ENTREPRISE ..J CABINET SOINS/INFIRMERIE ..K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA ..L AUTRE MÉDICAL PRIVÉM SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEN AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉO GUÉRISSEUR/MARABOUTP SECOURISTE.Q AMIS/PARENTS.R AUTRE.....X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNITÉ.....A HÔP. MILITAIRE/GARNISON.....B CENTRE DE SANTÉ/DISPENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUED PHARMACIE DE L'HOPITAL/CENTRE SANTÉ.....E AUTRE PUBLICF SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉG CLINIQUE/CABINET MÉDICAL ..H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉI CENTRE SANTÉ ENTREPRISE ..J CABINET SOINS/INFIRMERIE ..K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA ..L AUTRE MÉDICAL PRIVÉM SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEN AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉO GUÉRISSEUR/MARABOUTP SECOURISTE.Q AMIS/PARENTS.R AUTRE.....X
472	Est-ce que (NOM) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines?	OUI1 NON2 (PASSER À 479A) <-----J NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON2 (PASSER À 479A) <-----J NE SAIT PAS.....8
472A	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 NON2 NE SAIT PAS.....8
473	Maintenant, je voudrais savoir quelle quantité de liquide (NOM) a reçu durant sa diarrhée. Lui avez-vous donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à boire beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ3 PLUS4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ3 PLUS4 RIEN À BOIRE.....5 NE SAIT PAS.....8
474	Quand (NOM) a eu la diarrhée, lui avez-vous donné moins à manger que d'habitude, environ la même quantité, plus que d'habitude ou rien à manger du tout? SI MOINS, INSISTER: Lui avez-vous donné à manger beaucoup moins que d'habitude ou un peu moins que d'habitude?	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ3 PLUS4 A STOPPÉ LA NOURRITURE5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER....6 NE SAIT PAS.....8	BEAUCOUP MOINS.....1 UN PEU MOINS2 ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ3 PLUS4 A STOPPÉ LA NOURRITURE5 N'A JAMAIS DONNÉ À MANGER....6 NE SAIT PAS.....8

475	Lui avez-vous donné l'une des choses suivantes à boire?	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO?	SACHET SRO 1 2 8	SACHET SRO..... 1 2 8
b	Une solution sucrée-salée?	SUCRÉ-SALÉ 1 2 8	SUCRÉ-SALÉ 1 2 8
476	Est-ce que quelque chose (d'autre) a été donné pour traiter la diarrhée ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS 8	OUI 1 NON 2 (PASSER À 478) <----- NE SAIT PAS 8
477	Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE. C PLANTES, DÉCOCTION D AUTRE X	COMPRIMÉ OU SIROP A INJECTION B PERFUSION INTRAVEINEUSE SONDE GASTRIQUE. C PLANTES, DÉCOCTION D AUTRE X
478	Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 479A) <-----	OUI 1 NON 2 (PASSER À 479A) <-----
479	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNIT É..... A HÔP. MILITAIRE/GARNISON. B CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON. C POLYCLINIQUE D PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ. E AUTRE PUBLIC F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CLINIQUE/CABINET MÉDICAL . H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ I CENTRE SANTÉ ENTREPRISE . J CABINET SOINS/INFIRMERIE ... K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA .. L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ..... M SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE N AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ O GUÉRISSEUR/MARABOUT P SECOURISTE. Q AMIS/PARENTS. R AUTRE X	SECTEUR PUBLIC HÔPITAL/MATERNIT É..... A HÔP. MILITAIRE/GARNISON. B CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON. C POLYCLINIQUE D PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ. E AUTRE PUBLIC F SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ G CLINIQUE/CABINET MÉDICAL . H CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ I CENTRE SANTÉ ENTREPRISE . J CABINET SOINS/INFIRMERIE ... K PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA .. L AUTRE MÉDICAL PRIVÉ..... M SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE N AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ O GUÉRISSEUR/MARABOUT P SECOURISTE. Q AMIS/PARENTS. R AUTRE X
479A	Au Tchad, certaines personnes font enlever la lulette à leurs enfants. Avez-vous entendu parler de cette pratique ?	OUI 1 NON 2 (PASSER À 480) <-----	
479B	Est-ce qu'on a enlevé la lulette à (NOM) ?	OUI 1 (PASSER À 479D) <----- NON 2 NE SAIT PAS 8	OUI 1 (PASSER À 479D) <----- NON 2 NE SAIT PAS 8

479C	Avez-vous l'intention de faire enlever la lchette à (NOM) ?	OUI1 (PASSER À 479G) <----- NON2 (PASSER À 479G) <----- ÇA DÉPEND/NE SAIT PAS.....8	OUI.....1 (PASSER À 480) <----- NON2 (PASSER À 480) <----- ÇA DÉPEND/NE SAIT PAS.....8
479D	Quel âge avait (NOM) quand on lui a enlevé la lchette ?	MOINS D'UN AN1 UN AN OU PLUS.....2 NE SAIT PAS.....8	MOINS D'UN AN.....1 UN AN OU PLUS.....2 NE SAIT PAS.....8
479E	Qui a pratiqué l'ablation de la lchette de (NOM) ?	GUÉRISSEUR TRADIT1 HOMME SPECIALISÉ2 FEMME SPÉCIALISÉE3 PERSONNEL MÉDICAL.....4 PARENTS/AMIS5 AUTRE.....6 NE SAIT PAS.....8	GUÉRISSEUR TRADIT1 HOMME SPECIALISÉ2 FEMME SPÉCIALISÉE3 PERSONNEL MÉDICAL.....4 PARENTS/AMIS5 AUTRE.....6 NE SAIT PAS.....8
479F	À la suite de l'ablation, est-ce que (NOM) a eu :	OUI NON NSP	OUI NON NSP
a	Une infection ?	INFECTION 1 2 8	INFECTION..... 1 2 8
b	Des saignements ?	SAIGNEMENTS..... 1 2 8	SAIGNEMENTS..... 1 2 8
c	Des difficultés pour téter, boire ou manger ?	DIF. TÉTER/MANGER 1 2 8	DIF. BOIRE/MANGER 1 2 8
d	Des difficultés pour respirer ?	DIF. RESPIRER..... 1 2 8	DIF. RESPIRER..... 1 2 8
e	Des difficultés pour parler ?	DIF. PARLER..... 1 2 8	DIF. PARLER..... 1 2 8
479G	Quels sont les avantages d'enlever la lchette à un enfant ? INSISTER: Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	ATTENUÉ VOMISSEMENT.....A ATTENUÉ TOUXB EMPÊCHE ANGINEC AIDE À RESPIRER.....D SE CONFORMER À LA TRADITION.....E AUTRE.....X (PRÉCISER) AUCUN AVANTAGE.....Z	
479H	Quels sont les inconvénients d'enlever la lchette à un enfant ? INSISTER: Rien d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	DOULEURA RISQUE D'INFECTION.....B RISQUE DE SAIGNEMENTC RISQUE POUR RESPIRERD RISQUE POUR PARLERE AUTRE.....X (PRÉCISER) AUCUN INCONVÉNIENTZ	
480		RETOURNER À 453 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.	RETOURNER À 453 (DERNIÈRE COLONNE DU NOUVEAU QUESTIONNAIRE) OU, SI PLUS DE NAISSANCES, ALLER À 481.
481	VÉRIFIER 475a TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A REÇU DE SACHET DE SRO OU Q.475 NON POSÉE <input type="checkbox"/> UN ENFANT A REÇU DES SACHETS DE SRO <input type="checkbox"/> -----		→501
482	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI 1 NON 2	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITÉ SEXUELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
501	Êtes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme comme mari et femme ?	OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE 1 OUI, VIT AVEC UN HOMME 2 NON, PAS EN UNION 3	→ 505
502	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme comme mari et femme ?	OUI, A ÉTÉ MARIÉE..... 1 OUI, A VÉCU AVEC UN HOMME..... 2 NON 3	→ 510 → 514
504	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle : êtes-vous veuve, divorcée ou séparée ?	VEUVE 1 DIVORCÉE 2 SÉPARÉE 3	→ 510
504A	Qui a été à l'origine de votre divorce/séparation ?	ENQUETÉE ELLE-MÊME..... 1 MARI/CONJOINT..... 2 FEMME ET MARI/COMMUN ACCORD .. 3 FAMILLE DE LA FEMME..... 4 FAMILLE DU MARI/CONJOINT..... 5	
504B	Quelle a été la cause principale de votre divorce/séparation ?	STÉRILITÉ DE L'ENQUETÉE 01 STÉRILITÉ DU MARI/CONJOINT 02 IMPUISSANCE/MALADIE DU MARI/CONJOINT 03 CAUSE MATÉRIELLE/FINANCIÈRE..... 04 INFIDÉLITÉ DU MARI/CONJOINT 05 CONFLIT CONJUGAL 06 PRESSION FAMILIALE 07 AUTRE 08 (PRÉCISER)	→ 510
505	Est-ce que votre mari/partenaire vit actuellement avec vous, ou vit-il ailleurs ?	VIT AVEC ELLE 1 VIT AILLEURS 2	
506	ENREGISTRER LE NOM DU MARI/PARTENAIRE ET SON NUMÉRO DE LIGNE DE LA FEUILLE MÉNAGE. S'IL N'EST PAS LISTÉ DANS LE MÉNAGE, ENREGISTRER '00'	NOM No DE LIGNE.....	
507	Est-ce que votre mari/partenaire a d'autres épouses/femmes en plus de vous-même ?	OUI..... 1 NON 2	→ 510
508	Combien d'autres épouses/femmes a-t-il ?	NOMBRE NE SAIT PAS 98	→ 510
509	Êtes-vous la première, seconde, épouse/femme ?	RANG.....	
510	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme comme mari et femme une fois ou plus d'une fois ?	UNE FOIS 1 PLUS D'UNE FOIS 2	
511	VÉRIFIER 510 : MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME SEUL. UNE FOIS MARIÉE/A VÉCU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire ? Maintenant, nous allons parler de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez- vous commencé à vivre avec lui ?	MOIS NE SAIT PAS LE MOIS 98 ANNÉE..... NE SAIT PAS L'ANNÉE 9998	→ 514
512	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez commencé à vivre avec lui ?	ÂGE.....	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
514	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains aspects de la vie familiale. Quel âge aviez-vous quand vous avez eu vos premiers rapports sexuels (si vous en avez eus) ?	JAMAIS 00 ÂGE EN ANNÉES..... <input type="text"/> <input type="text"/> 1ere FOIS EN COMMENÇANT À VIVRE AVEC (1er) MARI/PARTENAIRE 95	→524
514A	VERIFIER 106 : ÂGE 15-24 <input type="text"/> ↓ ÂGE 25-49 <input type="text"/>		→515
514B	La première fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS/NE SE RAPPELLE PAS ... 8	
515	Il y a combien de temps que vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? ENREGISTRER EN "NOMBRE D'ANNÉES" SEULEMENT SI LES DERNIERS RAPPORTS ONT EU LIEU IL Y A UN AN OU PLUS. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES	NOMBRE DE JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	→523A
516	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI 1 NON 2	
517	Quelle est votre relation avec l'homme avec qui vous avez eu vos derniers rapports sexuels ? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER : Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ? SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02 C'EST UN AUTRE AMI 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04 C'EST UN PARENT 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→519
518	Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? OU Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	JOURS 1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS 3 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNÉES 4 <input type="text"/> <input type="text"/>	
518A	VERIFIER 106 : ÂGE 15-24 <input type="text"/> ↓ ÂGE 25-49 <input type="text"/>		→519
518B	Quel âge a cet homme ?	ANS REVOLUS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NE SAIT PAS 98	→519
518C	Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?	OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1 NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2 PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE LA FEMME..... 4 NE SAIT PAS 8	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
519	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre homme ?	OUI..... 1 NON 2	→ 523A
520	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI..... 1 NON 2	
521	Quelle est votre relation avec cet autre homme ? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER : Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ? SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02 C'EST UN AUTRE AMI 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04 C'EST UN PARENT 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 522E
522	Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? OU Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ? SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR. SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.	JOURS 1 SEMAINES..... 2 MOIS 3 ANNÉES 4	
522A	VERIFIER 106 : ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ↓ ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/>		→ 522E
522B	Quel âge a cet homme ?	ANS REVOLUS..... NE SAIT PAS 98	→ 522E
522C	Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?	OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1 NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2 PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA DIFFERENCE 3 PLUS JEUNE QUE LA FEMME..... 4 NE SAIT PAS 8	
522E	À part ces deux partenaires, avez-vous eu des rapports sexuels avec un autre partenaire au cours des 12 derniers mois ?	OUI..... 1 NON 2	→ 523A
522F	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec cet autre homme, est-ce qu'un condom a été utilisé ?	OUI..... 1 NON 2	
522G	Quelle est votre relation avec cet autre homme ? SI "PETIT AMI " OU "FIANCÉ", DEMANDER : Votre petit ami/fiancé vivait-il avec vous quand vous avez eu vos derniers rapports sexuels avec lui ? SI "OUI", ENCERCLER '01' SI "NON", ENCERCLER '02'	C'EST MON MARI/PARTENAIRE COHABITANT..... 01 C'EST MON PETIT AMI/FIANCÉ 02 C'EST UN AUTRE AMI 03 C'EST RENCONTRE OCCASIONNEL... 04 C'EST UN PARENT 05 C'EST UN CLIENT (PROSTITUTION).... 06 AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 523

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
522H	<p>Depuis combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>OU</p> <p>Pendant combien de temps avez-vous eu des rapports sexuels avec cet homme ?</p> <p>SI ELLE A EU DES RAPPORTS SEXUELS AVEC CET HOMME SEULEMENT UNE FOIS, ENREGISTRER '01' JOUR.</p> <p>SI 12 MOIS OU PLUS, LA RÉPONSE DOIT ÊTRE ENREGISTRÉE EN ANNÉES.</p>	<p>JOURS 1</p> <p>SEMAINES..... 2</p> <p>MOIS 3</p> <p>ANNÉES 4</p>	
522I	<p>VERIFIER 106 :</p> <p>ÂGE 15-24 <input type="checkbox"/> ÂGE 25-49 <input type="checkbox"/></p>		→523
522J	<p>Quel âge a cet homme ?</p>	<p>ANS REVOLUS.....</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>	→523
522K	<p>Pensez-vous qu'il a plus de 10 ans de plus que vous ?</p>	<p>OUI, 10 ANS OU PLUS PLUS VIEUX 1</p> <p>NON, MOINS DE 10 ANS PLUS VIEUX.. 2</p> <p>PLUS VIEUX, NE SAIT PAS LA</p> <p>DIFFERENCE 3</p> <p>PLUS JEUNE QUE LA FEMME..... 4</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
523	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels au cours des 12 derniers mois ?</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES</p>	
523A	<p>En tout, avec combien d'hommes différents avez-vous eu des rapports sexuels dans votre vie ?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE EXACT.</p> <p>SI LE NOMBRE EST SUPERIEUR A 95, ENREGISTRER '95'</p>	<p>NOMBRE DE PARTENAIRES</p>	
524	<p>Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer des condoms ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→601

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
525	<p>Où est-ce ?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HÔPITAL, D'UN CENTRE DE SANTÉ OU D'UNE CLINIQUE, INSISTER POUR DÉTERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉ..... A</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON..... B</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON..... C</p> <p>POLYCLINIQUE D</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ E</p> <p>AMASOT/MASOCOT..... F</p> <p>AUTRE PUBLIC..... G</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉ..... H</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICAL I</p> <p>ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL..... J</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ K</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE..... L</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIE M</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA..... N</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ..... O</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE P</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHÉ/HOTEL Q</p> <p>SECOURISTE..... R</p> <p>VENDEUR AMBULANT..... S</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS T</p> <p>AUTRE ENDROIT..... X (PRÉCISER)</p>	
526	Si vous le souhaitiez, pourriez-vous vous procurer vous-même un paquet de condoms ?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS/PAS SÛRE..... 8</p>	

SECTION 6

PRÉFÉRENCES EN MATIÈRE DE FÉCONDITÉ

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
601	VÉRIFIER 311: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU Q.311 NON POSÉE <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> LUI OU ELLE STÉRILSÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→614
602	VÉRIFIER 225: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (un autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autre) enfant? </div> <div style="width: 45%;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autre enfant? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> AVOIR UN (AUTRE) ENFANT1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE3 INDÉCISE/NE SAIT PAS ET ENCEINTE.....4 4 INDÉCISE/ NE SAIT PAS ET PAS ENCEINTE/PAS SÛRE5 4 </div> <div style="width: 45%;"> →604 →614 →610 →608 </div> </div>	
603	VÉRIFIER 225: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? </div> <div style="width: 45%;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Après la naissance de l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> MOIS 1 <input type="text"/> ANNÉES 2 <input type="text"/> BIENTÔT/MAINTENANT993 DIT PEUT PAS TOMBER ENCEINTE ...994 APRÈS MARIAGE995 AUTRE.....996 NE SAIT PAS.....998 </div> <div style="width: 45%;"> →609 →614 →609 </div> </div>	
604	VÉRIFIER 225: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> PAS ENCEINTE OU PAS SÛRE <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 45%;"> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→610
605	VÉRIFIER 310: UTILISE UNE MÉTHODE? <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> </div> </div>		→608
606	VÉRIFIER 603: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> NON POSÉE <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> 24 MOIS OU PLUS OU 2 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 30%;"> 00-23 MOIS OU 00-01ANNÉE <input type="checkbox"/> </div> </div>		→610

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
612	Quelle est la raison principale pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez pas de méthode dans l'avenir?	NON MARIÉE.11 PAS DE RAP. SEXUELS/RAP. SEXUELS PEU FRÉQUENTS.....12 MÉNOPAUSE//HYSTÉRECTOMIE13 SOUS-FÉCONDE/STÉRILE14 VEUT AUTANT D'ENFANTS QUE POSSIBLE15 ENQUÊTÉE OPPOSÉE21 MARI/PARTENAIRE OPPOSÉ22 AUTRES PERSONNES OPPOSÉES23 INTERDITS RELIGIEUX24 CONNAÎT AUCUNE MÉTHODE31 CONNAÎT AUCUN ENDROIT OÙ SE PROCURER32 PROBLÈMES DE SANTÉ41 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES42 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN43 TROP CHER44 PAS PRATIQUE À UTILISER45 INTERFÈRE AVEC DES FONCTIONS NATURELLES DU CORPS46 AUTRE96 NE SAIT PAS98	→ 614
613	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI1 NON2 NE SAIT PAS8	
614	VÉRIFIER 216: A DES EN- FANTS VIVANTS <input type="text"/> Si vous pouviez revenir à l'époque ou vous n'aviez pas d'enfant et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien auriez-vous voulu en avoir? N'A PAS D'EN- FANT VIVANT <input type="text"/> Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans votre vie, combien voudriez-vous en avoir? INSISTER POUR OBTENIR UNE RÉPONSE NUMÉRIQUE.	NOMBRE <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	→ 616
615	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, le sexe n'aurait-il pas d'importance?	GARÇONS FILLES N'IMPORTE NOMBRE ... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE 96 (PRÉCISER)	
616	Diriez-vous que vous êtes d'accord ou que vous n'êtes pas d'accord avec les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	D'ACCORD1 PAS D'ACCORD2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE8	
617	Au cours des derniers mois, avez-vous entendu parler de planification familiale: a) À la radio? b) À la télévision? c) Dans des journaux ou magazines? d) Sur des affiches? e) Sur des prospectus, brochures ?	OUI NON RADIO1 2 TÉLÉVISION1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES1 2 AFFICHES1 2 PROSPECTUS/BROCHURES1 2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
617A	À votre avis, est-il acceptable ou inacceptable de parler de planification familiale: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Dans les lieux de culte?	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>IN- ACCEP- TABLE</td> <td>ACCEP- TABLE</td> </tr> <tr> <td>À LA RADIO</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>À LA TV</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>DANS LES JOURNAUX....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SUR DES AFFICHES</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>LIEUX DE CULTTE</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		IN- ACCEP- TABLE	ACCEP- TABLE	À LA RADIO	1	2	À LA TV	1	2	DANS LES JOURNAUX....	1	2	SUR DES AFFICHES	1	2	LIEUX DE CULTTE	1	2	
	IN- ACCEP- TABLE	ACCEP- TABLE																			
À LA RADIO	1	2																			
À LA TV	1	2																			
DANS LES JOURNAUX....	1	2																			
SUR DES AFFICHES	1	2																			
LIEUX DE CULTTE	1	2																			
618	VÉRIFIER 501: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME ✓ </div> <div> ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> PAS EN UNION </div> </div>		→623																		
619	Maintenant je voudrais vous parler des opinions de votre mari/partenaire en matière de planification familiale. Pensez-vous que votre mari/partenaire est d'accord ou n'est pas d'accord avec les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	D'ACCORD1 PAS D'ACCORD2 NE SAIT PAS/PAS SÛRE.....8																			
620	Combien de fois, au cours des 12 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec votre mari/partenaire?	AUCUNE FOIS/JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS2 PLUS SOUVENT3																			
621	VÉRIFIER 311: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> NI LUI NI ELLE STÉRILISÉ <input type="checkbox"/> OU Q.311 NON POSÉE ✓ </div> <div> LUI OU ELLE STÉRILSÉ <input type="checkbox"/> </div> </div>		→623																		
622	Pensez-vous que votre mari/partenaire veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MÊME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS3 NE SAIT PAS8																			
623	À votre avis, qui, dans un couple, devrait prendre la décision d'utiliser une méthode contraceptive: l'homme ou la femme?	HOMME1 FEMME2 LES DEUX ENSEMBLE.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NE SAIT PAS8																			
624	À votre avis, qui, dans un couple, prend généralement la décision d'utiliser une méthode contraceptive: l'homme ou la femme?	HOMME1 FEMME2 LES DEUX ENSEMBLE.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NE SAIT PAS8																			

SECTION 7
CARACTÉRISTIQUES DU CONJOINT ET TRAVAIL DE LA FEMME

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
701	<p>VÉRIFIER 501 ET 502:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>A ÉTÉ MARIÉE OU A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>"NON" À Q.501 ET 502 JAMAIS ÉTÉ EN UNION <input type="checkbox"/></p> </div> </div>		<p>→703</p> <p>→707</p>
702	Quel âge a eu votre mari/partenaire à son dernier anniversaire?	ÂGE EN ANNÉES RÉVOLUES... <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	
703	Est-ce que votre (dernier) mari/partenaire a fréquenté l'école?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : Primaire, secondaire ou supérieur?	<p>ÉCOLE CORANIQUE SEULEMENT 1</p> <p>PRIMAIRE 2</p> <p>SECONDAIRE 3</p> <p>SUPÉRIEUR 4</p> <p>PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE..... 5</p> <p>PROFESSIONNEL NIV. SUPÉRIEUR 6</p>	→706
705	Quelle est la dernière classe/année qu'il a achevé à ce niveau?*	<p>CLASSE/ANNÉE <input style="width: 20px;" type="text"/></p> <p>NE SAIT PAS..... 8</p>	
706	<p>VÉRIFIER 701:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 30%;"> <p>ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est l'occupation de votre mari? C'est-à-dire, quel genre de travail fait-il principalement?</p> </div> <div style="width: 30%;"> <p>A ÉTÉ MARIÉE/ A VÉCU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle était l'occupation de votre dernier mari? C'est-à-dire, quel genre de travail faisait-il principalement?</p> </div> </div>	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	
707	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→710
708	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous en ce moment quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→710
709	Avez-vous fait un travail quelconque au cours des 12 derniers mois?	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p>	→801
710	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire, quel genre de travail faites-vous principalement?	<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>	

* CODES POUR Q. 705

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS MEDERSA)	SUPÉRIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPÉRIEUR
CLASSE	0= MOINS D'1 AN ACHEVÉ DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
	1= CP1 2= CP2 3= CE1 4= CE2 5= CM1 6= CM2 8= NE SAIT PAS	1= 6è 2= 5è 3= 4è 4= 3è 5= 2nde 6= 1ère 7= Terminale 8= NSP	1= 1 ^{re} année. 2= 2 ^{de} année 3= 3 ^{de} année 4= 4 ^{de} année ou + 8= NSP	1= 6è ou 1 ^{re} année 2= 5è ou 2 ^{de} année 3= 4è ou 3 ^{de} année 4= 3è ou 4 ^{de} année 5= 2nde ou 5 ^{de} année 6= 1ère ou 6 ^{de} année 7= Term. Ou 7 ^{de} année 8= NSP	1= 1 ^{re} année. 2= 2 ^{de} année 3= 3 ^{de} année 4= 4 ^{de} année ou + 8= NE SAIT PAS

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
711	VÉRIFIER 710: <div> <div>TRAVAILLE DANS AGRICULTURE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div> <div> <div>NE TRAVAILLE PAS DANS AGRICULTURE</div> <div> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→713
712	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre, ou sur la terre de votre famille, ou travaillez-vous sur une terre que vous louez ou payez, ou travaillez vous sur la terre de quelqu'un d'autre? SI 'PÊCHEUR', ENCERCLER LE CODE '6'	PROPRE TERRE..... 1 TERRE DE LA FAMILLE 2 TERRE LOUÉE/PAYÉE..... 3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE 4 PÊCHEUR 6	
713	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre, ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE 1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE 2 À SON COMPTE 3	
714	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière, ou seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNÉE..... 1 SAISONNIER/PARTIE DE L'ANNÉE..... 2 TEMPS EN TEMPS 3	
715	Pour ce travail, touchez-vous de l'argent, êtes-vous payée en nature ou n'êtes-vous pas du tout payée?	ARGENT SEULEMENT 1 ARGENT ET NATURE..... 2 EN NATURE SEULEMENT 3 PAS PAYÉE..... 4	→801
716	Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé?	ENQUÊTÉE ELLE-MÊME 1 MARI/PARTENAIRE..... 2 ENQUÊTÉE ET MARI/PARTENAIRE ENSEMBLE 3 QUELQU'UN D'AUTRE 4 ENQUÊTÉE ET QUELQU'UN D'AUTRE ENSEMBLE 5	
717	En général, quelle part des dépenses de votre ménage est payée par ce que vous gagnez : rien, presque rien, une partie, la totalité ou presque la totalité?	RIEN 1 PRESQUE RIEN..... 2 UNE PARTIE 3 TOTALITÉ/PRESQUE TOTALITÉ..... 4	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801	Maintenant, je voudrais vous parler de quelque chose d'autre. Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA ?	OUI 1 NON..... 2	→ 817
801A	Comment peut-on contracter le SIDA ? Aucune autre façon ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ	RAPPORTS SEXUELSA NE PAS UTILISER CONDOM.....B RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRE MULTIPLES.....C RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUÉES ...D RELATIONS HOMOSEXUELLESE TRANSFUSIONS DE SANGF DE LA MÈRE À L'ENFANTG EN EMBRESSANTH PIQÛRES DE MOUSTIQUESI VIVRE AVEC UN SIDÉENJ LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLÉSK EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....L MANGER/BOIRE DANS MÊME VAISSELLE QU'UN SIDÉEN.....M AUTREX (PRÉCISER) NE SAIT PASZ	
801B	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en ayant seulement un partenaire sexuel non infecté qui n'a aucun autre partenaire ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801C	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en se faisant piquer par des moustiques ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801D	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en utilisant un condom chaque fois qu'on a des rapports sexuels ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801E	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA en partageant la nourriture de quelqu'un atteint du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801F	Est-ce qu'on peut réduire les risques d'avoir le virus du SIDA en n'ayant pas du tout de rapports sexuels ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801G	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA par la sorcellerie ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801H	Est-ce qu'on peut contracter le virus du SIDA par contact avec des objets tranchants contaminés par du sang comme, par exemple, au cours de circoncision, d'excision, de scarification ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
801I	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter de contracter le SIDA ou le virus qui cause le SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	→ 809

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
801J	<p>Que peut-on faire ?</p> <p>Quelque chose d'autre ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEX.....A</p> <p>UTILISER DES CONDOMSB</p> <p>LIMITER RAPPORTS SEX. À UN PARTENAIRE /RESTER FIDÈLE À UN SEUL PARTENAIREC</p> <p>LIMITER LE NOMBRE DE PARTENAIRES SEXUELS.....D</p> <p>ÉVITER RAP. SEX. PROSTITUÉES.....E</p> <p>ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES AYANT BEAUCOUP PARTENAIRES ..F</p> <p>ÉVITER RAP. SEX. HOMOSEXUELSG</p> <p>ÉVITER RAP. SEX. AVEC PERSONNES QUI SE FONT DES INJECTIONS INTRAVEINEUSES DE DROGUESH</p> <p>ÉVITER TRANSFUSIONS SANGI</p> <p>ÉVITER INJECTIONSJ</p> <p>ÉVITER PARTAGER RASOIRS/LAMES ..K</p> <p>ÉVITER CIRCONCISION/EXCISION/SCARIFICATION.....L</p> <p>ÉVITER D'EMBRASSER.....M</p> <p>ÉVITER PIQÛRES MOUSTIQUESN</p> <p>CHERCHER PROTECTION DES GUÉRISSEURS TRADITIONNELS.....O</p> <p>AUTRE_____W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____X (PRÉCISER)</p> <p>NE SAIT PASZ</p>	
809	Est-il possible qu'une personne apparemment en bonne santé ait en fait le virus du SIDA ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	
810	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le virus du SIDA ou quelqu'un qui est décédé du SIDA ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	
811	Est-ce que le virus qui cause le SIDA peut être transmis de la mère à l'enfant ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	1 → 813
812	<p>Quand le virus qui cause le SIDA peut-il être transmis par la mère à l'enfant? Peut-il être transmis :</p> <p>Durant la grossesse ?</p> <p>Durant l'accouchement ?</p> <p>Durant l'allaitement ?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>DURANT GROSSESSE 1 2 8</p> <p>DURANT ACCOUCHEM. 1 2 8</p> <p>DURANT ALLAITEMENT 1 2 8</p>	
813	<p>VÉRIFIER 501 :</p> <p>OUI, ACTUELLEMENT MARIÉE/ VIT AVEC UN HOMME <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>NON, PAS EN UNION/ NE VIT PAS AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		→ 814A
814	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec (votre mari /la personne avec qui vous vivez) ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p>	
814A	Si vous saviez qu'un commerçant ou un vendeur a le virus du SIDA, est-ce que vous lui achèteriez des légumes frais ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SÛRE 8</p>	
815	Si une personne de votre famille devient infectée par le virus qui cause le SIDA, voudriez-vous que son état soit gardé secret ou non ?	<p>OUI, ÉTAT GARDÉ SECRET 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SÛRE 8</p>	
816	Si quelqu'un de votre famille contractait le virus qui cause le SIDA, seriez-vous prête à prendre soin de lui ou d'elle dans votre propre ménage ?	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP/PAS SÛRE /CELA DÉPEND..... 8</p>	
816A	Est-ce qu'une enseignante qui a le virus du SIDA, mais qui n'est pas malade, devrait être autorisée ou non à continuer à enseigner à l'école?	<p>OUI CONTINUER 1</p> <p>NON, PAS CONTINUER 2</p> <p>NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816AA	Pensez-vous qu'enseigner l'éducation sexuelle peut contribuer à la prévention du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	
816AB	Pensez-vous qu'il est acceptable ou non acceptable d'enseigner l'éducation sexuelle à l'école ?	ACCEPTABLE 1 NON ACCEPTABLE 2 NE SAIT PAS 8	
816B	Est-ce qu'on devrait éduquer les enfants âgés de 12 à 14 ans à l'utilisation du condom pour éviter de contracter le SIDA?	OUI 1 NON..... 2 NSP/PAS SÛRE/CELA DÉPEND..... 8	
816C	<p>VÉRIFIER 407:</p> <p>A EU DES SOINS PRÉNATALS <input type="checkbox"/></p> <p>Q.407 NON POSÉE OU PAS DE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p> <p>DEPUIS JANVIER 1999 OU CODE 'Y' À Q.407 (PAS DE SOINS PRÉNATALS)</p>		→816I
816D	<p>Au cours d'une des visites prénatales que vous avez effectuée avant la naissance de (NOM DE LA DERNIÈRE NAISSANCE DE Q.404), est-ce que quelqu'un vous a :</p> <p>dit que les enfants peuvent contracter le virus du SIDA par la mère ?</p> <p>parlé d'être testée pour le virus du SIDA ?</p>	<p>OUI NON</p> <p>ENFANT-MÈRE..... 1 2</p> <p>TEST SIDA 1 2</p>	
816E	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez effectué un test du SIDA au cours de l'une de ces visites prénatales ?	OUI 1 NON..... 2	→816I
816F	Est-ce que, vous-même, vous avez demandé d'être testée, ou est-ce que le test vous a été proposé et vous avez accepté, ou est-ce que le test était obligatoire ?	A DEMANDE LE TEST..... 1 TEST PROPOSE ET ACCEPTE 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
816G	Je ne veux pas connaître les résultats du test, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats ?	OUI 1 NON..... 2	
816H	Est-ce que vous avez effectué un test du SIDA depuis que vous avez été testée au cours de votre grossesse ?	OUI 1 NON..... 2	→816J →816N
816I	Je ne veux pas connaître les résultats, mais est-ce que vous avez déjà effectué un test pour voir si vous aviez le virus du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2	→816KA
816J	Quand avez-vous été testée pour la dernière fois ?	MOINS DE 12 MOIS..... 1 12-23 MOIS 2 2 ANS OU PLUS 3	
816JA	La dernière fois que vous avez effectué le test, est-ce que, vous-même, vous avez demandé d'être testée, ou est-ce que le test vous a été proposé et vous avez accepté, ou est-ce que le test était obligatoire ?	A DEMANDE LE TEST..... 1 TEST PROPOSE ET ACCEPTE 2 TEST OBLIGATOIRE 3	
816JB	Je ne veux pas connaître les résultats du test, mais est-ce que vous avez obtenu les résultats ?	OUI 1 NON..... 2	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816K	Où avez-vous effectué le dernier test ? VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE	SECTEUR PUBLIC CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV)..... 11 HÔPITAL/MATERNITÉ 12 HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON 13 CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON 14 PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS) 15 POLYCLINIQUE..... 16 PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ 17 AUTRE PUBLIC.....18 SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ 21 CLINIQUE/CABINET MÉDICAL..... 22 ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL 23 CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... 24 CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE 25 CABINET SOINS/INFIRMERIE..... 26 PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA 27 AUTRE MÉDICAL PRIVÉ.....28 SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE..... 31 AUTRE ENDROIT.....96	→816N
816KA	Voudriez-vous effectuer un test pour le virus du SIDA?	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS /PAS SÛRE 8	
816KB	Connaissez-vous un endroit où vous pourriez effectuer un test pour le SIDA?	OUI 1 NON 2	→816N
816L	Où pouvez-vous aller pour ce test? Quelque part d'autre ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	SECTEUR PUBLIC CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV)..... A HÔPITAL/MATERNITÉ B HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON C CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON D PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS) E POLYCLINIQUE..... F PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ G AUTRE PUBLIC.....H SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ HÔPITAL PRIVÉ I CLINIQUE/CABINET MÉDICAL.....J ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL K CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ..... L CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISE M CABINET SOINS/INFIRMERIE..... N PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA O AUTRE MÉDICAL PRIVÉ.....P SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISE..... Q AUTRE ENDROIT.....X	
816N	VÉRIFIER 501: ACTUELLEMENT MARIÉE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	ACTUELLEMENT PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	→816P

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																		
816O	Avez-vous déjà parlé des moyens d'éviter de contracter le virus du SIDA avec votre mari/partenaire?	OUI 1 NON 2																			
816P	À votre avis, est-il acceptable ou inacceptable de parler du SIDA: a) À la radio ? b) À la télévision? c) Dans les journaux? d) Sur des affiches? e) Dans les lieux de culte?	<table><tr><td></td><td>ACCEP- TABLE</td><td>IN- ACCEP- TABLE</td></tr><tr><td>À LA RADIO.....</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>À LA TV</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>DANS LES JOURNAUX ...</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>SUR DES AFFICHES</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>LIEUX DE CULTÉ.....</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		ACCEP- TABLE	IN- ACCEP- TABLE	À LA RADIO.....	1	2	À LA TV	1	2	DANS LES JOURNAUX ...	1	2	SUR DES AFFICHES	1	2	LIEUX DE CULTÉ.....	1	2	
	ACCEP- TABLE	IN- ACCEP- TABLE																			
À LA RADIO.....	1	2																			
À LA TV	1	2																			
DANS LES JOURNAUX ...	1	2																			
SUR DES AFFICHES	1	2																			
LIEUX DE CULTÉ.....	1	2																			
816Q	Pensez-vous qu'il y a de groupes de population qui ont plus de risques que d'autres de contracter le SIDA à cause, par exemple, de leurs comportements, de leur métier ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	1 1>816T																		
816R	Est-ce que vous pensez que vous-même, faites partie d'un groupe à risque ?	OUI 1 NON..... 2 NSP 8																			
816S	D'après vous, quels sont les groupes de population le plus à risque de contracter le SIDA ? Aucun autre groupe ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	PROSTITUÉE.....A HOMOSEXUELB DROGUÉ.....C TRANSPORTEUR ROUTIER.....D MILITAIRE/POLICIERE MIGRANTF REFUGIÉ.....G AUTRE.....X (PRÉCISER)																			
816T	Existe-t-il des traitements pour les gens atteints du SIDA ?	OUI 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8	1 1>817																		
816U	Quels traitements connaissez-vous ? Aucun autre traitement ? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.	TRITHÉRAPIE/ARV/ART/ ANTIRETROVIRAUXA AUTRES MÉDICAMENTS MODERNES.....B AUTRES MÉDICAMENTS TRADITIONNELS.....C AUTRE.....X (PRÉCISER)																			

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
816V	<p>Savez-vous où une personne atteinte du SIDA peut s'adresser pour obtenir un traitement ?</p> <p>SI OUI, où peut-elle aller ?</p> <p>Aucun autre endroit ?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>CENT. DÉPIST. VOLONT. (CDV)A</p> <p>HÔPITAL/MATERNITÉB</p> <p>HÔPITAL MILITAIRE/GARNISON.C</p> <p>CENTRE DE SANTÉ/DISPEN- SAIRE/GARNISON.....D</p> <p>PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA (PNLS).....E</p> <p>POLYCLINIQUEF</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL/ CENTRE SANTÉ.....G</p> <p>AUTRE PUBLIC.....H</p> <p>SECTEUR MÉDICAL PRIVÉ</p> <p>HÔPITAL PRIVÉI</p> <p>CLINIQUE/CABINET MÉDICALJ</p> <p>ASS. TCHAD. BIEN ÊTRE FAMIL.K</p> <p>CENTRE DE SANTÉ PRIVÉ.....L</p> <p>CENTRE SANTÉ D'ENTREPRISEM</p> <p>CABINET SOINS/INFIRMERIEN</p> <p>PHARMACIE/DÉPÔT PHARMA.O</p> <p>AUTRE MÉDICAL PRIVÉ.....P</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVÉ</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTÉ VILLAGEOISEQ</p> <p>GUÉRISSEUR/MARABOUTR</p> <p>AUTREX</p> <p>NULLE PART/PERSONNEY</p>	
817	Mis à part le SIDA, avez-vous entendu parler des (d'autres) infections qui peuvent être transmises par contact sexuel ?	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p>	→ 819A
818	<p>Chez un homme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'il a une telle infection sexuellement transmissible ?</p> <p>Un autre signe ou symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES.....A</p> <p>ÉCOULEMENT/PERTE GÉNITALEB</p> <p>ÉCOULEMENT MALODORANTC</p> <p>BRÛLURES URINAIRESD</p> <p>ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALEE</p> <p>GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE.F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITALG</p> <p>VERRUE GÉNITALEH</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES.....I</p> <p>SANG DANS LES URINESJ</p> <p>PERTE DE POIDSK</p> <p>IMPUISSANCEL</p> <p>AUTRE _____ W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMESY</p> <p>NE SAIT PASZ</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819	<p>Chez une femme, quels sont les signes ou symptômes qui vous feront penser qu'elle a une telle infection sexuellement transmissible ?</p> <p>Un autre signe ou symptôme?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>DOULEURS ABDOMINALES.....A</p> <p>ÉCOULEMENT/PERTES VAGINALES.....B</p> <p>PERTES MALODORANTES.....C</p> <p>BRÛLURES URINAIRES.....D</p> <p>ROUGEURS/INFLAMMATION DE LA ZONE GÉNITALE.....E</p> <p>GONFLEMENT DE LA ZONE GÉNITALE.....F</p> <p>PLAIE/ULCÈRE GÉNITAL.....G</p> <p>VERRUE GÉNITALE.....H</p> <p>DÉMANGEAISONS GÉNITALES.....I</p> <p>SANG DANS LES URINES.....J</p> <p>PERTE DE POIDS.....K</p> <p>DIFFICULTÉ DE TOMBER ENCEINTE/ D'AVOIR UN ENFANT.....L</p> <p>AUTRE W (PRÉCISER)</p> <p>AUTRE X (PRÉCISER)</p> <p>PAS DE SYMPTÔMES.....Y</p> <p>NE SAIT PAS.....Z</p>	
819A	<p>VÉRIFIER 514:</p> <p>A DÉJÀ EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS (SI '00' ENCERCLÉ) <input type="checkbox"/></p>		→901
819B	<p>VÉRIFIER 817:</p> <p>A ENTENDU PARLÉ D'INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS ENTENDU PARLÉ D'INFECTIONS TRANSMISES SEXUELLEMENT <input type="checkbox"/></p>		→819D
819C	<p>Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur votre santé.</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez vous eu une infection que vous avez contractée sexuellement?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
819D	<p>Quelques fois les femmes ont des pertes vaginales anormales et malodorantes. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des pertes vaginales anormales et malodorantes?</p>	<p>OUI1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
819E	<p>Parfois, les femmes peuvent avoir une plaie ou un ulcère génital. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une plaie ou un ulcère génital ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON.....2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>	
819F	<p>VÉRIFIEZ 819C, 819D ET 819E:</p> <p>'OUI' À Q.819C, D OU E A EU UNE INFECTION <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' OU NSP À Q.819C, D, ET E N'A PAS EU D'INFECTION <input type="checkbox"/></p>		→819L
819G	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E), avez-vous recherché un conseil ou un traitement auprès d'un personnel de santé?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p>	→819I
819H	<p>La dernière fois que vous avez eu (PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E) avez-vous fait l'une des choses suivantes? Avez vous....</p> <p>a) Recherché conseil ou traitement auprès de personnel de la santé ou dans une structure sanitaire?</p> <p>b) Recherché conseil ou un traitement auprès d'un guérisseur traditionnel/marabout?</p> <p>c) Recherché conseil ou acheté des médicaments dans une boutique, au marché ou dans une pharmacie?</p> <p>d) Recherché conseil auprès d'amis ou de parents?</p>	<p>OUI NON</p> <p>STRUCTURE SANITAIRE 12</p> <p>GUÉRISSEUR/MARABOUT 12</p> <p>BOUTIQUE OU PHARMACIE 12</p> <p>AMIS OU PARENTS 12</p>	

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À
819I	Quand vous avez eu (PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E), en avez-vous informé la/les personne(s) avec qui vous avez des rapports sexuels?	OUI 1 NON 2 CERTAINES PERSONNES/ PAS TOUTES 3	
819J	Quand vous avez eu (PROBLEME DE 819C, 819D ET/OU 819E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre(vos) partenaire (s) sexuel(s)?	OUI 1 NON 2 PARTENAIRE(S) DÉJÀ INFECTÉ(S) 3 N'A PAS EU UN PARTENAIRE 4	} > 819L
819K	Qu'avez-vous fait pour éviter d'infecter votre (vos) partenaire(s)? Avez-vous.... Arrêté les rapports sexuels? Utilisé un condom pendant les rapports sexuels? Pris des médicaments?	OUI NON ARRÊTÉ RAPPORTS 1 2 UTILISÉ CONDOM 1 2 PRIS MÉDICAMENTS. 1 2	
819L	Le mari et la femme ne sont pas toujours d'accord sur tout. S'il vous plaît, dites-moi si vous pensez qu'il est justifié qu'une femme refuse d'avoir des rapports sexuels avec son mari quand : Elle sait que son mari a une infection sexuellement transmissible ? Elle sait que son mari a des rapports sexuels avec d'autres femmes ? Elle a accouché récemment ? Elle est fatiguée ou n'est pas d'humeur à ça ?	OUI NON NSP IL A UNE MST 1 2 8 AUTRES FEMMES..... 1 2 8 ACCOUCHE. RÉCENT 1 2 8 FATIGUÉE/PAS HUMEUR.... 1 2 8	
819M	Quand une femme sait que son mari a une infection sexuellement transmissible, pensez-vous qu'il est légitime qu'elle demande d'utiliser un condom ?	OUI 1 NON.....2 NE SAIT PAS8	

SECTION 9
MORTALITÉ MATERNELLE

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER A
901A	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos frères et sœurs, c'est-à-dire tous les enfants de votre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.		
901B	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont encore en vie ?	GARÇONS VIVANTS <input type="text"/>	
901C	Combien votre mère a-t-elle eu de garçons qui sont décédés ?	GARÇONS DÉCÉDÉS <input type="text"/>	
901D	En plus de vous , combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont encore en vie ?	FILLES VIVANTES <input type="text"/>	
901E	Combien votre mère a-t-elle eu de filles qui sont décédées ?	FILLES DÉCÉDÉES <input type="text"/>	
901F	Est-ce que votre mère a donné naissance à d'autres enfants dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	OUI..... 1 NON 2	→901H
901G	Combien d'autres enfants votre mère a-t-elle eu dont vous ne savez pas s'ils sont vivants ou décédés. ?	AUTRES ENFANTS..... <input type="text"/>	
901H	ADDITIONNER LES REPONSES À 901B, C, D, E, ET G, AJOUTER 1 (L'ENQUÊTÉE) ET NOTER LE TOTAL.	TOTAL <input type="text"/>	
901I	VÉRIFIER 901H: Juste pour être sûre que j'ai bien compris, y compris vous-même, votre mère a donné naissance à _____ enfants en tout. Est-ce bien exact ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 901A-901H COMME IL SE DOIT.		
902	VÉRIFIER 901H: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/> UNE NAISSANCE SEULEMENT (ENQUÊTÉE SEULE) <input type="checkbox"/>		→913
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRÉCÉDENTES..... <input type="text"/>	

[illegible]

904	Quel nom a été donné au premier (suivant) enfant qu'a eu votre mère (en dehors de vous-même) ?	[7] _____	[8] _____	[9] _____	[10] _____	[11] _____	[12] _____
905	(NOM) est-il de sexe masculin ou féminin?	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2	MASCULIN... 1 FÉMININ..... 2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [8]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [9]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [10]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [11]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [12]	OUI 1 NON 2 ↳ ALLER 908 NSP 8 ↳ ALLER À [13]
907	Quel âge a (NOM)?	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> ALLER À [13]
908	Combien y a-t-il d'années que (NOM) est décédé?	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>	<div><div></div><div></div></div>
909	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)? SI NE SAIT PAS, INSISTER : Est-ce que [NOM] est mort avant l'âge de douze ans ? SI OUI, NOTER '95'. SI NON, POSER D'AUTRES QUESTIONS POUR OBTENIR UNE ESTIMATION. PAR EXEMPLE : Est-ce que [NOM] est mort avant de se marier ?	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [8]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [9]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [10]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [11]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [12]	<div><div></div><div></div></div> SI HOMME, OU SI FEMME DÉCÉDÉE AVANT L'ÂGE DE 12 ANS, ALLER À [13]
910	(NOM) était-elle enceinte quand elle est décédée?	OUI 1 ALLER A [8] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER A [9] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [10] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [11] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [12] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [13] <J NON 2 NSP 8
911	Est-ce que (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI 1 ALLER A [8] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER A [9] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [10] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [11] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [12] <J NON 2 NSP 8	OUI 1 ALLER [13] <J NON 2 NSP 8
912	Est-ce que (NOM) est décédée dans les deux mois suivant la fin d'une grossesse ou un accouchement?	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8	OUI 1 NON 2 NSP 8
SI PLUS DE FRÈRES OU SOEURS, ALLER À 1001							
913	<p>COMPARER 901H AVEC NOMBRE DE VOS FRÈRES ET SOEURS LISTÉS DANS L'HISTOIRE DES NAISSANCES DE VOTRE MÈRE ET COCHER:</p> <div> <div> 901H MOINS 1 ÉGALE LE NOMBRE DE <div></div> COLONNES ✓ </div> <div> 901H MOINS 1 EST DIFFÉRENT DU NOMBRE DE <div></div>↳ INSISTER ET CORRIGER COLONNES </div> </div>						

Section 10
PRATIQUES TRADITIONNELLES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À				
1001	Avez-vous déjà entendu parler de l'excision?	OUI..... 1 NON 2	→1003				
1002	Dans certains pays ou certaines régions, il existe une pratique qui consiste à entailler ou couper une partie des organes génitaux externes des filles. Avez-vous déjà entendu parler de cette pratique?	OUI..... 1 NON 2	→1025				
1003	Avez-vous été excisée, c'est-à-dire, vous a-t-on entaillé ou coupé une partie de vos organes génitaux externes?	OUI..... 1 NON 2	→1009				
1004	Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à ce moment-là. Vous a-t-on enlevé quelque chose des parties génitales?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8	→1006				
1005	Vous a-t-on seulement entaillé les parties génitales sans rien enlever?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
1006	Au moment où vous avez subi cette pratique, vous a-t-on cousu, totalement ou en partie, la zone du vagin ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
1006A	Au moment où vous avez eu vos premières règles ou vos premiers rapports sexuels, vous a-t-on fait une incision pour ouvrir la zone du vagin ?	OUI..... 1 NON 2 NE SAIT PAS 8					
1007	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez subi cette pratique? SI MOINS D'UN AN NOTER EN MOIS; SI MOINS D'UN MOIS, NOTER '00'. SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION. SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT PAS DONNER UN ÂGE APPROXIMATIF ESSAYEZ DE DÉTERMINER SI C'ÉTAIT AVANT 5 ANS, ENTRE 5 ET 9 ANS, OU À 10 ANS OU PLUS. SI AUCUNE ESTIMATION N'EST POSSIBLE, ENCERCLEZ LE CODE 998 POUR « NE SAIT PAS »	ÂGE EN MOIS.....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> ÂGE EN ANNÉES.....2 ENVIRON AVANT 5 ANS 991 ENVIRON ENTRE 5 ET 9 ANS..... 992 ENVIRON À 10 ANS OU PLUS 993 NE SAIT PAS 998					
1008	Qui a procédé à votre excision?	TRADITIONNEL EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11 ACCOUCHEUSE TRADITION. 12 VIEILLE FEMME 13 PROFESSIONNEL SANTÉ MÉDECIN.....21 INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22 MATRONE 23 AUTRE..... 96 NE SAIT PAS 98					

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
1008A	<p>Est-ce qu'au moment ou après qu'on vous ait coupé les parties génitales, vous avez eu l'un des problèmes suivants :</p> <p>Saignements excessifs?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine?</p> <p>Gonflement de la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale?</p> <p>La blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?</p>	<table> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT EXCESSIF...</td><td>....1</td><td>....2</td><td>....8</td></tr> <tr> <td>DIF. URINER/RETENTION...</td><td>....1</td><td>....2</td><td>....8</td></tr> <tr> <td>GONFLEMENT.....</td><td>....1</td><td>....2</td><td>....8</td></tr> <tr> <td>INFECTION.....</td><td>....1</td><td>....2</td><td>....8</td></tr> <tr> <td>CICATRISATION.....</td><td>....1</td><td>....2</td><td>....8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SAIGNEMENT EXCESSIF...128	DIF. URINER/RETENTION...128	GONFLEMENT.....128	INFECTION.....128	CICATRISATION.....128	
	OUI	NON	NSP																								
SAIGNEMENT EXCESSIF...128																								
DIF. URINER/RETENTION...128																								
GONFLEMENT.....128																								
INFECTION.....128																								
CICATRISATION.....128																								
1009	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <p>A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> _____</p> <p>OU 214-216 NON POSÉES</p>		→ 1019																								
1010	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <p>A UNE SEULE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/></p> <p>A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Est-ce que votre fille a subi ce genre de pratique?</p> <p>Est-ce que certaines de vos filles ont subi ce genre de pratique?</p> <p>SI "OUI": Combien?</p> <p>SI "OUI", NOTER '01' DANS LES CASES DE DROITES; SI "NON", ENCERCLER '95'</p> <p>NOTER LE NOMBRE DANS LES CASES DE DROITES; SI "AUCUNE", ENCERCLER '95'</p>	<p>NOMBRE EXCISEES <input type="text"/></p> <p>AUCUNE FILLE EXCISEE 95</p>	→ 1018																								
1011	<p>VÉRIFIER 1010 :</p> <p>A UNE SEULE FILLE EXCISÉE <input type="checkbox"/></p> <p>A 2 FILLES EXCISÉES OU PLUS <input type="checkbox"/></p> <p>Quelle est le nom de votre fille qui a été excisée?</p> <p>Sur laquelle de vos filles a-t-on procédé le plus récemment à l'excision?</p> <p>_____ (NOM DE LA FILLE) VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE</p> <p>_____ (NOM DE LA FILLE) VÉRIFIER 212 ET NOTER LE N° DE LIGNE DE LA FILLE</p>	<p>NUMÉRO DE LIGNE DE LA FILLE DE Q.212..... <input type="text"/></p>																									
1012	<p>Je voudrais maintenant vous poser des questions sur ce qui a été fait à (NOM DE LA FILLE de Q.1011) à ce moment-là?</p> <p>A-t-on enlevé quelque chose de ses parties génitales?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>	→ 1014																								
1013	<p>A-t-on seulement entaillé ses parties génitales sans rien enlever?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																									
1014	<p>A-t-on cousu, totalement ou en partie, la zone du vagin ?</p>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>																									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À																								
1015	<p>Quel âge avait (NOM DE LA FILLE À Q.1011) au moment de l'excision?</p> <p>SI MOINS D'UN AN NOTER EN MOIS; SI MOINS D'UN MOIS, NOTER '00'.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE CONNAIT PAS L'ÂGE EXACT, ESSAYER D'OBTENIR UNE ESTIMATION.</p> <p>SI L'ENQUÊTÉE NE PEUT DONNER UN ÂGE APPROXIMATIF ESSAYEZ DE DÉTERMINER SI C'ÉTAIT AVANT 5 ANS, ENTRE 5 ET 9 ANS, OU À 10 ANS OU PLUS.</p> <p>SI AUCUNE ESTIMATION N'EST POSSIBLE, ENCERCLEZ LE CODE 998 POUR « NE SAIT PAS ».</p>	<p>ÂGE EN MOIS1</p> <p>ÂGE EN ANNÉES.....2</p> <p>ENVIRON AVANT 5 ANS 991</p> <p>ENVIRON ENTRE 5 ET 9 ANS..... 992</p> <p>ENVIRON À 10 ANS OU PLUS 993</p> <p>NE SAIT PAS 998</p>																									
1016	Qui a procédé à l'excision ?	<p>TRADITIONNEL</p> <p>EXCISEUSE TRADITIONNELLE 11</p> <p>ACCOUCHEUSE TRADITION. 12</p> <p>VIEILLE FEMME 13</p> <p>PROFESSIONNEL SANTÉ</p> <p>MÉDECIN/..... 21</p> <p>INFIRMIÈRE/SAGE-FEMME 22</p> <p>MATRONE 23</p> <p>AUTRE..... 96</p> <p>NE SAIT PAS 98</p>																									
1017	<p>Est-ce qu'au moment ou après qu'on ait coupé les parties génitales de (NOM DE LA FILLE À Q.1011) l'un des problèmes suivants s'est-il produit ?</p> <p>Saignements excessifs?</p> <p>Difficultés pour uriner ou rétention d'urine?</p> <p>Gonflement de la zone génitale ?</p> <p>Infection de la zone génitale?</p> <p>La blessure ne s'est pas cicatrisée correctement?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>SAIGNEMENT EXCESSIF...</td><td>...1</td><td>...2</td><td>...8</td></tr> <tr> <td>DIF. URINER/RETENTION...</td><td>...1</td><td>...2</td><td>...8</td></tr> <tr> <td>GONFLEMENT.....</td><td>...1</td><td>...2</td><td>...8</td></tr> <tr> <td>INFECTION.....</td><td>...1</td><td>...2</td><td>...8</td></tr> <tr> <td>CICATRISATION.....</td><td>...1</td><td>...2</td><td>...8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	SAIGNEMENT EXCESSIF...	...1	...2	...8	DIF. URINER/RETENTION...	...1	...2	...8	GONFLEMENT.....	...1	...2	...8	INFECTION.....	...1	...2	...8	CICATRISATION.....	...1	...2	...8	<p>➤ 1019</p>
	OUI	NON	NSP																								
SAIGNEMENT EXCESSIF...	...1	...2	...8																								
DIF. URINER/RETENTION...	...1	...2	...8																								
GONFLEMENT.....	...1	...2	...8																								
INFECTION.....	...1	...2	...8																								
CICATRISATION.....	...1	...2	...8																								
1018	<p>VÉRIFIER 214 ET 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-start;"> <div style="text-align: center;"> <p>A UNE SEULE FILLE VIVANTE</p> <p>↓</p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser votre fille ?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>A 2 FILLES VIVANTES OU PLUS</p> <p>↓</p> <p>Dans l'avenir, avez-vous l'intention de faire exciser vos filles ou certaines d'entre elles ?</p> </div> </div>	<p>OUI..... 1</p> <p>NON2</p> <p>NE SAIT PAS8</p>																									
1019	<p>Quels sont les avantages pour une fille d'être excisée?</p> <p>INSISTER: D'autres avantages?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MEILLEURE HYGIÈNE..... A</p> <p>RECONNAISSANCE SOCIALE..... B</p> <p>MEILLEURE CHANCE MARIAGE C</p> <p>APAIER LE DÉSIR SEXUEL DE LA FEMME..... D</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL POUR L'HOMME..... E</p> <p>NÉCESSITÉ RELIGIEUSE F</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE Y</p>																									

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	ALLER À				
1020	<p>Quels sont les avantages pour les filles à ne pas être excisées?</p> <p>INSISTER: Rien d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNÉ.</p>	<p>MOINS DE PROBLÈMES DE SANTÉ .. A</p> <p>MOINS DE PROBLÈMES À</p> <p>L'ACCOUCHEMENT..... B</p> <p>ÉVITE LA SOUFFRANCE..... C</p> <p>PLUS DE PLAISIR SEXUEL</p> <p>POUR LA FEMME..... D</p> <p>PLUS PLAISIR SEXUEL</p> <p>POUR L'HOMME E</p> <p>ACCORD AVEC LA RELIGION F</p> <p>AUTRE X</p> <p>(PRÉCISER)</p> <p>AUCUN AVANTAGE..... Y</p>					
1020A	<p>VÉRIFIER 1019 ET 1020:</p> <p>CODE 'D' NON ENCERCLÉ À Q.1019 ET À Q.1020</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>CODE 'D' ENCERCLÉ À Q.1019 OU À Q.1020</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	→ 1021A				
1021	<p>Pensez-vous que cette pratique est un moyen d'apaiser le désir sexuel des femmes ou pensez vous, au contraire, qu'elle n'a aucun effet ?</p>	<p>APAISSER DÉSIR SEXUEL 1</p> <p>PAS D'EFFET 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>					
1021A	<p>VÉRIFIER 1019 ET 1020:</p> <p>CODE 'F' NON ENCERCLÉ À Q.1019 ET À Q.1020</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>CODE 'F' ENCERCLÉ À Q.1019 OU À Q.1020</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	→ 1023				
1022	<p>Pensez-vous que le recours à cette pratique est exigée par votre religion ?</p>	<p>OUI 1</p> <p>NON 2</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>					
1023	<p>Pensez-vous que cette pratique doit être maintenue ou qu'elle doit disparaître ?</p>	<p>MAINTENUE 1</p> <p>DISPARAITRE 2</p> <p>CELA DÉPEND..... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>					
1024	<p>Pensez-vous que les hommes tiennent à ce que cette pratique soit conservée ou au contraire, pensez-vous qu'ils sont favorables à son abandon ?</p>	<p>CONSERVÉE..... 1</p> <p>ABANDONNÉE 2</p> <p>CELA DÉPEND..... 3</p> <p>NE SAIT PAS 8</p>					
1025	<p>ENREGISTRER L'HEURE</p>	<p>HEURES.....</p> <p>MINUTES</p>	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td></tr> </table>				

SECTION 11
TAILLE ET POIDS

1101	<p>À Q.1103 (COLONNE 1), ENREGISTRER LE NOM DE L'ENQUÊTÉE.</p> <p>À Q.1102, 1103 ET 1104 (COLONNES 2 ET 3) ENREGISTRER LE NUMÉRO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NÉ DEPUIS JANVIER 1999, SON NOM ET SA DATE DE NAISSANCE. DEMANDER ÉGALEMENT LE JOUR DE NAISSANCE DES ENFANTS.</p> <p>À Q.1106 ET 1108, ENREGISTRER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUÊTÉE ET DES ENFANTS. (S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NÉS DEPUIS JANVIER 1999 ET TOUJOURS VIVANTS, UTILISER LES COLONNES 2 ET 3 D'UN QUESTIONNAIRE SUPPLÉMENTAIRE).</p>	
------	---	--

		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">1</div> ENQUÊTÉE	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">2</div> DERNIER ENFANT EN VIE	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px;">3</div> AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1102	NUMÉRO DE LIGNE DE Q 212		<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
1103	NOM (SELON Q 212 POUR LES ENFANTS)	NOM _____	NOM _____	NOM _____
1104	DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR NE NAISSANCE		JOUR..... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> MOIS..... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> ANNÉE... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	JOUR..... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> MOIS..... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> ANNÉE... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
1105	CICATRICE DU BCG FACE INTERNE DE L'AVANT BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..... 1 PAS DE CICATRICE..... 2
1106	TAILLE (EN CENTIMÈTRES)	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
1107	L'ENFANT A-T-IL ÉTÉ MESURÉ COUCHÉ OU DEBOUT?		COUCHÉ.....1 DEBOUT2	COUCHÉ..... 1 DEBOUT..... 2
1108	POIDS (EN KILOGRAMMES)	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>	<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px; height: 20px;"></div>
1109	DATE DE MESURE ET DE PESÉE	JOUR <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> MOIS <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> ANNÉE <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	JOUR <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> MOIS <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> ANNÉE <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	JOUR..... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> MOIS <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> </div> ANNÉE... <div style="display: inline-block; text-align: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
1110	RÉSULTAT	MESURÉE1 ABSENTE3 REFUS4 AUTRE6	ENFANT MESURÉ1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT3 ENFANT REFUSE4 MÈRE REFUSE5 AUTRE6	ENFANT MESURÉ..... 1 ENFANT MALADE..... 2 ENFANT ABSENT..... 3 ENFANT REFUSE..... 4 MÈRE REFUSE..... 5 AUTRE 6
1111	NOM DE L'OPÉRATEUR : <div style="display: inline-block; text-align: center; margin-left: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> NOM DE L'AIDE : <div style="display: inline-block; text-align: center; margin-left: 20px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>			

OBSERVATIONS DE L'ENQUÊTRICE

À REMPLIR APRÈS AVOIR TERMINÉ L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR L'ENQUÊTÉE :

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS PARTICULIÈRES :

AUTRES COMMENTAIRES :

OBSERVATIONS DE LA CONTRÔLEUSE

NOM DE LA CONTRÔLEUSE: _____ DATE: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'ÉQUIPE

NOM DU CHEF D'ÉQUIPE : _____ DATE: _____