

REPUBLICQUE DU TCHAD  
 MINISTERE DU PLAN ET DE LA COOPERATION  
 DIRECTION DE LA STATISTIQUE DES ETUDES ECONOMIQUES ET DEMOGRAPHIQUES  
 BUREAU CENTRAL DU RECENSEMENT

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
 QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																			
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>																		
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																			
PREFECTURE _____																			
SOUS-PREFECTURE _____																			
CANTON _____																			
NUMERO DE GRAPPE (EDST) .....																			
NUMERO DE STRUCTURE .....																			
NUMERO DE MENAGE .....																			
NUMERO DE ZD (RECENSEMENT).....																			
N'DJAMENA = 1; ABECHÉ/MOUNDOU/SARH = 2; PETITES VILLES = 3; RURAL = 4 .....																			
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____																			

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
NON DE L'ENQUETRIX	_____	_____	_____	MOIS <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
RESULTAT*	_____	_____	_____	ANNEE <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NOM <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
HEURE	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
				NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
*CODES RESULTAT 1 REMPLI                      4 REFUSE                      7 AUTRE _____ (préciser) 2 PAS A LA MAISON        5 PARTIELLEMENT REMPLI 3 DIFFERE                      6 INCAPACITE				

LANGUE DE L'INTERVIEW**.....	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
INTERPRETE (OUI = 1; NON = 2).....	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
**CODES LANGUES: FRANCAIS.....01    GOR.....05    LELE.....09    MOUSSEYE.....13 ARABE TCHADIEN..02    GORANE.....06    MABA (OUADDAIEN)..10    NGAMBAY.....14 SAR.....03    GOULEY.....07    MBAY.....11    TOUPOURI.....15 BORNOU.....04    KANEMBOU...08    MOUNDANG.....12    AUTRES LANGUES...16	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	NOM _____ <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"></table>
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	NOMBRE D'ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	→ 105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à N'Djaména, à Abéché, à Moundou, à Sarh, dans une autre ville, dans un village ou à l'étranger?	N'DJAMENA.....1 ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2 PETITE VILLE.....3 VILLAGE.....4 ETRANGER.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 108
107A	Pourquoi n'avez-vous pas fréquenté l'école?	ECOLE INEXISTANTE.....01 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...02 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS...03 DEVAIT TRAVAILLER.....04 REFUS DES PARENTS.....05 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	→ 114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire, supérieur, professionnel niveau secondaire, professionnel niveau supérieur ou école coranique?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE...4 PROFESSIONNEL NIV. SUPERIEUR...5 ECOLE CORANIQUE.....6	→ 114
109	Quelle est la dernière (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau*?	ANNEE.....	

\* CODES POUR Q.109:

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS LES MEDERSA)	SUPERIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHEVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
CLASSE	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term.ou 7ème an.	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
110	VERIFIER 106: AGEE DE 29 ANS <input type="checkbox"/> OU MOINS	AGEE DE 30 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>	113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 GARDE DES ENFANTS +JEUNES.....03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...10 MANQUE DE TUTEUR.....11 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
113	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/>	SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>	115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	116
114A	Dans quelle langue savez-vous lire principalement? SI PLUSIEURS LANGUES SONT CITEES, N'ENCERCLER LE CODE QUE DE LA LANGUE QUI SE TROUVE LA PREMIERE SUR LA LISTE	FRANÇAIS.....1 ARABE.....2 AUTRE LANGUE.....3	
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio chaque jour?	OUI.....1 NON.....2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANT.....2 MUSULMAN.....3 ANIMISTE.....4 SANS RELIGION.. ..5 AUTRE.....6 (PRECISER)	
119	Quelle est votre ethnie?	<input type="text"/>	
119A	Il arrive parfois que des enfants, qui jouent normalement pendant la journée, éprouvent des difficultés pour voir ou pour se déplacer au crépuscule, après le coucher du soleil. Dans la soirée, ces enfants restent parfois seuls, se tiennent aux habits de leur mère, ils sont incapables de trouver leurs jouets, ou de voir pour manger. Connaissez-vous ce problème?	OUI.....1 NON.....2	120
119B	Quel nom donnez-vous à ce problème? ESSAYEZ D'OBTENIR LE NOM LOCAL DE LA MALADIE	<input type="text"/>	
		NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
120	<p>VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE</p> <p>L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p> <p>L'ENQUETE EST RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/></p>		201
121	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement.</p> <p>Quel est le nom de l'endroit où vous vivez habituellement?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p> <p>SI DIFFERENT DE N'DJAMENA, ABECHÉ, MOUNDOU, SARH OU DE L'ETRANGER, DEMANDER:</p> <p>Est-ce une ville ou un village?</p>	<p>N'DJAMENA.....1 → 123</p> <p>ABECHE/MOUNDOU/SARH.....2</p> <p>PETITE VILLE.....3</p> <p>VILLAGE.....4</p> <p>ETRANGER.....5 → 123</p>	
122	<p>Dans quelle préfecture est-ce situé?</p>	<p>BATHA.....01</p> <p>BET.....02</p> <p>BILTINE.....03</p> <p>CHARI BAGUIRMI.....04</p> <p>GUERA.....05</p> <p>KANEM.....06</p> <p>LAC.....07</p> <p>LOGONE OCCIDENTAL.....08</p> <p>LOGONE ORIENTAL.....09</p> <p>MAYO KEBBI.....10</p> <p>MOYEN CHARI.....11</p> <p>OJADDAI.....12</p> <p>SALAMAT.....13</p> <p>TANJILE.....14</p>	
123	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.</p> <p>D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?</p>	<p>EAU DU ROBINET</p> <p>ROBINET DANS LOGEMENT/ COUR/CONCESSION.....11 → 125</p> <p>FONTAINE PUBLIQUE.....12</p> <p>EAU DE PUIES</p> <p>PUIES TRADITIONNEL DANS COUR/CONCESSION.....21</p> <p>PUIES MODERNE/FORAGE DANS COUR/CONCESSION.....22 → 125</p> <p>PUIES TRADITIONNEL PUBLIC/COMMUNAUTAIRE.....23</p> <p>PUIES MODERNE/FORAGE PUBLIC/COMMUNAUTAIRE.....24</p> <p>EAU DE SURFACE</p> <p>RUISSEAU/RIVIERE/FLEUVE.....31</p> <p>MARE/LAC/MARIGOT.....32</p> <p>EAU DE PLUIE.....41 → 125</p> <p>EAU DE CAMION CITERNE.....51</p> <p>VENDEUR D'EAU.....61 → 125</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	
124	<p>Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?</p>	<p>MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>SUR PLACE.....996</p>	
125	<p>Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?</p>	<p>CHASSE D'EAU</p> <p>CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11</p> <p>CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12</p> <p>FOSSE/LATRINES</p> <p>FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES..21</p> <p>FOSSE/LATRINES AMELIOREES.....22</p> <p>PAS DE TOILETTES/NATURE.....31</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER	
			A	
126	Dans votre ménage, avez-vous:		OUI	NON
	L'électricité du réseau?	ELECTRICITE DU RESEAU.....1		2
	L'électricité personnelle (groupe électrogène, panneau solaire, batteries)?	ELECTRICITE PERSONNELLE....1		2
	Une radio?	RADIO.....1		2
	Une télévision?	TELEVISION.....1		2
	Le téléphone?	TELEPHONE.....1		2
	Un réfrigérateur/congélateur?	REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..1		2
126A	Dans votre ménage, quel type d'éclairage utilisez-vous principalement?	ELECTRICITE.....1		
		LAMPE A GAZ.....2		
		LAMPE A PETROLE.....3		
		LAMPE TORCHE (A PILES).....4		
		BOIS/TIGE/PAILLE.....5		
		AUTRE _____ 6		
		(PRECISER)		
126B	Dans votre ménage, combien de pièces utilisez-vous pour dormir?	PIECES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
127	Pouvez-vous décrire le plancher de votre maison?	PLANCHER NATUREL		
		TERRE/SABLE.....11		
		PLANCHER FINI		
		CARREAUX.....21		
		CIMENT.....22		
		AUTRE _____ 96		
		(PRECISER)		
127A	Pouvez-vous décrire le toit de votre maison?	TOIT TRADITIONNEL		
		PAILLE.....11		
		BANCO.....12		
		TOIT MODERNE		
		TOLE.....21		
		BETON.....22		
AUTRE _____ 96				
		(PRECISER)		
127B	Pouvez-vous décrire les murs de votre maison?	MUR TRADITIONNEL		
		PAILLE.....11		
		BANCO.....12		
		SEMI-DUR.....13		
		MUR MODERNE		
		DUR.....21		
AUTRE _____ 96				
		(PRECISER)		
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:		OUI	NON
	Une bicyclette?	BICYCLETTE.....1		2
	Une mobylette ou motocyclette?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1		2
	Une voiture?	VOITURE.....1		2
	Une pirogue?	PIROGUE.....1		2
	Une charrette?	CHARRETTE.....1		2
	Un chameau, un cheval ou un âne?	CHAMEAU/CHEVAL/ANE.....1		2

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	   →206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	   →204
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	         
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	   →206
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	         
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite?  SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	   →208
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	         
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	     
209	VERIFIER 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact?		
	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.	
210	VERIFIER 208:  AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		   →227

211 Maintenant je voudrais faire la liste de toutes vos naissances, qu'elles soient encore en vie ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.  
 NOTER LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES A 212. NOTER LES JUMEUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECEDE:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?  INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE.  LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ENFANT SUIVANT)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?  (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? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie/	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE.  LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM) DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?

08	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					
09	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(NAIS. SUIVANTE)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					
10	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					
11	SIMP..1	GARÇ..1	MOIS... <input type="text"/>	OUI..1	AGE EN ANNEES	OUI...1	JOURS...1	OUI....1	OUI..1
	MULT..2	FILL..2	ANNEE.. <input type="text"/>	NON..2	<input type="text"/>	NON...2	MOIS...2	NON....2	NON..2
				↓		(ALLEZ A 220)	ANNEES..3	(NAIS. SUIVANTE)	
				219					

222 SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. OUI....1 → PASSER A 223  
LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS? NON....2 → PASSER A 224

223 Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DERNIERE NAISSANCE)? OUI.....1  
NON.....2

224 COMPARER 208 AVEC LE NOMBRE DE NAISSANCES ENREGISTREES DANS LE TABLEAU CI-DESSUS ET NOTER:

LES NOMBRES SONT LES MEMES  LES NOMBRES SONT DIFFERENTS  (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE: L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE

POUR L'AGE AU DECES 12 MOIS ou 1 AN : VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS.

  
  
  


225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1991. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	→ 236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte?  NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS.....	<input type="text"/>
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte <u>à ce moment-là</u> , vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus avoir d'enfant</u> ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé?  (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4  EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 239
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04  AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
239	Avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→ 301
240	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES.....	<input type="text"/>
241	Parmi ces grossesses combien ont abouti à: - un avortement provoqué volontairement? - un avortement spontané, c'est-à-dire une fausse-couche? - un mort-né?	AVORTEMENT PROVOQUE..... FAUSSE-COUCHE..... MORT-NE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

**SECTION 3. CONTRACEPTION**

Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la planification familiale, c'est-à-dire les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder ou éviter une grossesse.

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.  
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.  
 EN CERCLER LE CODE '2' SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE '3' SI ELLE N'EST PAS RECONNUE.  
 PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE '1' OU '2' EN CERCLER A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION NON	
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours pour éviter ou retarder une grossesse.	1	2	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	OUI.....1 NON.....2
04 IMPLANT/NORPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	OUI.....1 NON.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
06 CONDOM (PRESERVATIF) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
09 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Chaque mois qu'une femme est sexuellement active, elle peut éviter d'avoir des rapports sexuels les jours du mois pendant lesquels elle est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	OUI.....1 NON.....2
11 Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	1	3	OUI.....1 NON.....2  OUI.....1 NON.....2

304 VERIFIER 303: AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE)  AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE)  → PASSER A 309

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé?  CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur le moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte  Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là?  SI AUCUN ENREGISTRER '00'	NOMBRE D'ENFANTS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
310	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.....6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT/NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDON.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)	→326 →318 →323 →326
314A	ENCERCLER '07' POUR STERILISATION FEMININE		
315	Puis-je voir la boîte de pilule que vous utilisez en ce moment?  SI LE PAQUET EST MONTRE, NOTER LE NOM DE LA MARQUE	BOITE VUE.....1 MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> BOITE NON VUE.....2	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment?  NOTER LE NOM DE LA MARQUE	MARQUE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilule?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
318	<p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....21 CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>									
319	<p>Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 321</p>									
320	<p>Pourquoi regrettez-vous l'opération?</p>	<p>ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>									
321	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS..... <table border="1" data-bbox="1295 863 1370 909" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> </p> <p>ANNEE..... <table border="1" data-bbox="1295 909 1370 947" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table> → 327</p>									
323	<p>Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?</p>	<p>BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS....02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>									

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue?  SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>  8 ANS OU PLUS.....96	
327	VERIFIER 314:  ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT/NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10  AUTRE METHODE.....96	→329A  →332
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON" ENCERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11 HOPITAL MILITAIRE/GARNISON.....12 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ GARNISON.....13 POLYCLINIQUE.....14 PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15  AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....21 CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22 AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23 CENTRE DE SANTE PRIVE.....24 CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 27 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31 AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41 SECOURISTE.....42 VENDEUR AMBULANT.....43 AMIS/VOISINS/PARENTS.....44  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	→335
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?*		
330	<p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.</p> <p>Quelle est la raison principale pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318) plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez?</p> <p>NOTER LA REPONSE ET ENCERCLER LE CODE</p> <p>_____</p>	<p>ACCESSIBILITE</p> <p>PLUS PROCHE DOMICILE.....11</p> <p>PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL...12</p> <p>TRANSPORT DISPONIBLE.....13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....21</p> <p>PLUS PROPRE.....22</p> <p>OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23</p> <p>ATTENTE MOINS LONGUE.....24</p> <p>TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25</p> <p>UTILISE AUTRES SERVICES DANS L'ETABLISSEMENT.....26</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....41</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→335
331	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	<p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE</p> <p>PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21</p> <p>RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22</p> <p>MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23</p> <p>SOUS-FECONDE/STERILE.....24</p> <p>POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25</p> <p>VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26</p> <p>ENCEINTE.....27</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION</p> <p>ENQUETEE OPPOSEE.....31</p> <p>MARI/CONJOINT OPPOSE.....32</p> <p>AUTRES PERS. OPPOSEES.....33</p> <p>INTERDITS RELIGIEUX.....34</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41</p> <p>NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42</p> <p>RAISONS LIEES AUX METHODES</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....51</p> <p>PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52</p> <p>PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53</p> <p>TROP CHERE.....54</p> <p>PAS PRATIQUE A UTILISER.....55</p> <p>INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→335
333	Où est-ce?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON" ENCERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11 HOPITAL MILITAIRE/GARNISON.....12 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ GARNISON.....13 POLYCLINIQUE.....14 PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15  AUTRE PUBLIC.....16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....21 CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22 AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23 CENTRE DE SANTE PRIVE.....24 CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25 PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26 AUTRE PRIVE MEDICAL.....27 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31 AUTRE BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41 SECOURISTE.....42 VENDEUR AMBULANT.....43 AMIS/VOISINS/PARENTS.....44  AUTRE.....96 (PRECISER)	
335	Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→337
336	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
337	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE.....1 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	→401
339	VERIFIER 210:  UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→401
341	VERIFIER 227 ET 311:  PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU STERILISEE <input type="checkbox"/>		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 4A. GROSSESSE ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV.1991	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 465)
-----	---	--------------------------	---	--------------------------	----------------

402 INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)

403	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
-----	---	---	---	---

404	SELON Q. 212  ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <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 (pas) avoir d'enfants?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 407)←
		PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2	PLUS TARD.....2
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←

406	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MOIS.....1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MOIS.....1 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
		ANNEES.....2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	ANNEES.....2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	ANNEES.....2 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
		NSP.....998	NSP.....998	NSP.....998

407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse ?  SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.  SI "ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE" INISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. -PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMEES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MEDICAMENTS. -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←
-----	---	--	--	--

408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? DEMANDER A VOIR LE CARNET DE SANTE	MOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	MOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
		NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

410	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras ou la fesse pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire d'avoir des convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8



		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="checkbox"/> NSP.....8
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "22" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "23" POUR LES AUTRES VILLES.  SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "34") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("21") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("23")	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24  AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34  AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24  AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34  AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....21 HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....22 CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON....23 POLYCLINIQUE.....24  AUTRE PUBLIC.....26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....31 CLINIQUE/CAB. MEDICAL..32 CENTRE SANTE PRIVE....33 CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....34  AUTRE PRIVE.....36 (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE....41 AUTRE.....96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.  SI "ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE" INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE A REÇU UNE FORMATION. -PARFOIS LES ACCOUCHEUSES FORMEES ONT UNE TROUSSE CONTENANT DIVERS MEDICAMENTS. -DEMANDEZ SI L'ACCOUCHEUSE A DES CONTACTS AVEC L'INFIRMIER DE LA ZONE	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNEL DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE.....C MATRONE/AGENT DE L'HOPITAL/CENTRE DE SANTE.....D ACCOUCHEUSE TRADIT. FORMEE.....E AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADIT. NON FORMEE.....F AGENT DE SANTE VILLAGEOISE.....G SECOURISTE.....H GUERISSEUR.....I AMIS/VOISINS/PARENTS...J AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y
414	Au moment de la naissance de (NOM) avez-vous eu un des problèmes suivants:  Un long travail, c'est-à-dire contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?  Des saignements excessifs si importants que vous avez pensé que votre vie était en danger?  Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes?  Des convulsions non causées par la fièvre?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2  SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2  FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2  CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2  SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2  FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2  CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2  SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2  FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES..1 2  CONVULSIONS.....1 2

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit(e)?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE LA MOYENNE.....2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE LA MOYENNE.....4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
417	(NOM) a-t-il/elle été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420) ←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE MEMOIRE...2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421) ← NON.....2 (PASSER A 422) ←		
420	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424) ←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VOIR 227: FEMME ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)		
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425) ←		
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431) ←

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS DE 1 HEURE, INSCRIRE '00' HEURE. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>  (PASSER A 429) ←
427	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432) ← NON.....2	
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE.....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
431	VOIR 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière entre le coucher et lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT <input type="text"/> <input type="text"/>	
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de la journée? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR <input type="text"/> <input type="text"/>	
434	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 435) ←

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
434A	VOIR 428:  ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON'A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 435)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON'A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 435)		
434B	Est-ce que (NOM) a reçu quel- que chose à manger ou à boire autre que le lait maternel, même de l'eau, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 438)←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 438)←			
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, un des aliments ou boissons suivants:	OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON NSP	
	Eau?	EAU .....1 2 8		EAU .....1 2 8		EAU .....1 2 8	
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1 2 8		EAU SUCREE.....1 2 8		EAU SUCREE.....1 2 8	
	Jus?	JUS.....1 2 8		JUS.....1 2 8		JUS.....1 2 8	
	Tisane?	TISANE.....1 2 8		TISANE.....1 2 8		TISANE.....1 2 8	
	Aliment pour bébé?	ALIMENT POUR BEBE...1 2 8		ALIMENT POUR BEBE...1 2 8		ALIMENT POUR BEBE...1 2 8	
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8		LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8		LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8	
	Lait d'animal?	LAIT D'ANIMAL.....1 2 8		LAIT D'ANIMAL.....1 2 8		LAIT D'ANIMAL.....1 2 8	
	N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES.....1 2 8		AUTRES LIQUIDES.....1 2 8		AUTRES LIQUIDES.....1 2 8	
	Bouillie, boule, pain ou be- ignet à base de blé, sorgho, mil, maïs ou riz?	AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8		AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8		AL. BASE BLE SORGHO /MIL/MAIS/RIZ.....1 2 8	
	Bouillie, purée, boule à base de manioc, plantain, igname patate, pomme de terre, tarot?	AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8		AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8		AL. BASE MANIOC PLAN- TAIN/IGNAME/PATATE /P.DE T./TAROT.....1 2 8	
	Oeufs, poissons ou volailles?	OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8		OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8		OEUF/POIS./VOLAIL...1 2 8	
	Viande?	VIANDE.....1 2 8		VIANDE.....1 2 8		VIANDE.....1 2 8	
	Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8		AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8		AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1 2 8	
436	VOIR 435 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)	"OUI" POUR UN OU PLUS <input type="checkbox"/>	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/> (PASSER A 438)
437	(A part le lait maternel), combien de fois (NOM) a-t-il/ elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas comme des bouillies, beignets, biscuits?  SI "7 FOIS OU +" NOTEZ "7".	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8		NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8		NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
438	Combien de jours sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants:		
Eau?	EAU ..... <input type="checkbox"/>	EAU ..... <input type="checkbox"/>	EAU ..... <input type="checkbox"/>
Lait (autre que lait maternel)?	LAIT..... <input type="checkbox"/>	LAIT..... <input type="checkbox"/>	LAIT..... <input type="checkbox"/>
Liquides autres qu'eau ou lait?	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/>
Bouillie, boule, pain ou beignet à base de blé, sorgho, mil, maïs ou riz?	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE BLE/ SORGHO/MIL/MAIS/RIZ... <input type="checkbox"/>
Bouillie, purée, boule à base de manioc, plantain, igname patate, pomme de terre, tarot?	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>	ALIM. BASE DE MANIOC PLANTAIN/IGNAME/ PATATE/P.DE T./TAROT.. <input type="checkbox"/>
Oeufs, poissons ou volailles?	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>	OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/>
Viande?	VIANDE..... <input type="checkbox"/>	VIANDE..... <input type="checkbox"/>	VIANDE..... <input type="checkbox"/>
Feuille verte?	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>	FEUILLE VERTE..... <input type="checkbox"/>
Carotte?	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>	CAROTTE..... <input type="checkbox"/>
Mangue (y compris le jus)?	MANGUE..... <input type="checkbox"/>	MANGUE..... <input type="checkbox"/>	MANGUE..... <input type="checkbox"/>
Papaye?	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>	PAPAYE..... <input type="checkbox"/>
Melon?	MELON..... <input type="checkbox"/>	MELON..... <input type="checkbox"/>	MELON..... <input type="checkbox"/>
Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>
SI "NSP", NOTEZ '8'.			
439	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440 NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

441	VOIR SECTION 2: N° DE LIGNE DE LA Q. 212	DERNIERE NAISSANCE <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. <input type="text"/>
-----	--	--	---	---

442	SELON Q. 212 ET Q. 216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> ↓ ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISS. ALLER A 465
-----	---------------------------	--	--	--

443	Avez-vous une carte ou carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir, s'il vous plaît?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445) ← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447) ← PAS DE CARTE.....3
-----	--	--	--	--

444	Avez-vous déjà eu une carte ou carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447) ← NON.....2
-----	--	--	--	--

445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DE LA CARTE.  (2) INSCRIRE '44' DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE, MAIS LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.		JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	JOUR MOIS ANNEE	
		BCG	BCG	BCG	BCG	BCG
		POLIO D (à naiss.)	P0	P0	P0	P0
		POLIO 1	P1	P1	P1	P1
		POLIO 2	P2	P2	P2	P2
		POLIO 3	P3	P3	P3	P3
		DTCOQ 1	DCOQ1	DCOQ1	DCOQ1	DCOQ1
		DTCOQ 2	DCOQ2	DCOQ2	DCOQ2	DCOQ2
		DTCOQ 3	DCOQ3	DCOQ3	DCOQ3	DCOQ3
		DTCP 1	DTCP1	DTCP1	DTCP1	DTCP1
DTCP 2	DTCP2	DTCP2	DTCP2	DTCP2		
ROUGEOLE	ROU	ROU	ROU	ROU		
FIEVRE JAUNE	F.J.	F.J.	F.J.	F.J.		
DERNIERE VITAMINE A	D/VA	D/VA	D/VA	D/VA		

446	(NOM) a-t-il reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur cette carte/carnet?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETE MENTIONNE LE(S) VACCIN(S) DU BCG, POLIO D-3, DTCOQ 1-3, DTCP 1-2, ROUGEOLE FIEVRE JAUNE ET/OU VIT. A	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COLONNE CORRESPONDANT AU JOUR A Q.445, PUIS PASSER A 448K) NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448K) ←
-----	---	---	---	---

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
447	(NOM) a-t-il/elle reçu de vaccination pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448L) ← NSP.....8
448	S'il vous plaît, dites-moi si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:						
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant-bras gauche qui laisse une cicatrice?	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
448B	Le vaccin contre la polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E) ← NSP.....8
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE...1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq, c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G) ← NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448G	Le vaccin du DTCP, c'est-à-dire une injection contre plusieurs maladies, comme le tétanos, la coqueluche et la polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448I) ← NSP.....8
448H	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/>
448I	Une injection contre la rougeole?	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
448J	Une injection contre la fièvre jaune?	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
448K	VOIR 445: VITAMINE A ENREGISTREE?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ↓ PASSER A 449
448L	Est-ce que (NOM) a reçu une capsule comme celle-ci? MONTRER LA GELULE DE VIT. A	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449) ← NSP.....8
448M	Il y a combien de temps que (NOM) a reçu une gélule comme celle-ci la dernière fois? INSCRIRE LA REPONSE EN MOIS OU EN ANNEES	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEE.....2 <input type="text"/>
449	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	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

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
450	(NOM) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque dans les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade avec la toux, respirait-il/elle plus rapidement que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454) ←
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE  ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES.  SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER)
454	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ← NSP.....8
455	Est-ce qu'il y avait du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8 (PASSER A 459) ←



		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM _____		NOM _____		NOM _____	
458A	VOIR 428:  ENFANT ALLAITE?	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)	'OUI' A 428 <input type="checkbox"/>	'NON' A 428 OU 428 NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 459)		
458B	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de lait maternel qu'avant la diarrhée, plus ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3		MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3			
459	Quand (NOM) avait la diarrhée, lui a-t-on donné à boire l'une des choses suivantes:  Un liquide préparé à partir d'un sachet de SRO comme celui-ci? MONTRER LE SACHET DE SRO  Soupe/Bouillie de céréales?  Solution salée/sucrée (ORS)?  Eau de riz?  Lait/lait caillé/yaourt/ou préparation pour bébé?  Tisane ou décoction?  Eau simple?  N'importe quel autre liquide?						
		OUI NON NSP		OUI NON NSP		OUI NON NSP	
		SACHET SRO.....1 2 8		SACHET SRO.....1 2 8		SACHET SRO.....1 2 8	
		SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8		SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8		SOUPE/BOUILLIE.....1 2 8	
		SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8		SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8		SOL. SALEE/SUCREE..1 2 8	
		EAU DE RIZ.....1 2 8		EAU DE RIZ.....1 2 8		EAU DE RIZ.....1 2 8	
		LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8		LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8		LAIT/LAIT CAILLE/YAOURT/PREP. BEBE..1 2 8	
		TISANE/DECOCTION...1 2 8		TISANE/DECOCTION...1 2 8		TISANE/DECOCTION...1 2 8	
		EAU SIMPLE.....1 2 8		EAU SIMPLE.....1 2 8		EAU SIMPLE.....1 2 8	
		AUTRES LIQUIDES....1 2 8		AUTRES LIQUIDES....1 2 8		AUTRES LIQUIDES....1 2 8	
		(PRECISER)		(PRECISER)		(PRECISER)	
460	Est-ce que quelque chose d'autre a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462) ← NSP.....8	
461	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  INSCRIRE TOUT CE QUI EST CITE	COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D  AUTRE _____X (PRECISER)		COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D  AUTRE _____X (PRECISER)		COMPRIME OU SIROP.....A INJECTION.....B INTRAVEINEUSE/PERFUSION..C REMEDE-MAISON/ PLANTES MEDICINALES....D  AUTRE _____X (PRECISER)	
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 463A) ←	

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
463	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE</p> <p>ATTENTION: SI LA REPOSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES.</p> <p>SI LA REPOSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSAIRE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K</p> <p>AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M</p> <p>AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>
463A	<p>VOIR 119A et 119B</p> <p>CECITE CREPUSCULAIRE CONNUE?</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>	<p>'OUI' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>'NON' A 119A <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 464)</p>
463B	<p>(NOM) souffre-t-il de _____ ? (NOM DE LA MALADIE DE 119B)</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>
464		<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8	
466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8	
467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS MALADE/ TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:  AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>		471
470	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé des sachets de SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?  MONTRER LE SACHET DE SRO	OUI.....1 NON.....2	
471	Avez-vous entendu parler des messages qui font la promotion de certains aliments importants pour la vue et pour éviter la cécité?	OUI.....1 NON.....2	473
472	Pouvez-vous me citer certains de ces aliments?  Quels autres?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	CAROTTE.....A OSEILLE.....B CHOU.....C FEUILLE DE MANIOC.....D MANGUE.....E PAPAYE.....F MELON.....G VIANDE.....H FOIE.....I POISSON.....J OEUF.....K  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

SECTION 4C. CAUSES DE DECES DES ENFANTS NES ET DECEDES DANS LES 5 DERNIERES ANNEES

473	NOTER LE N° DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 SELON LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES QUI SONT DECEDEES. SI 3 OU PLUS, COMMENCEZ PAR LA DERNIERE. (S'IL Y A PLUS DE 3 NAISSANCES, UTILISEZ UN AUTRE QUESTIONNAIRE.)			
N° DE LIGNE DE Q.212	DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	AV. AV.-DERNIERE NAISSANCE N° LIGNE..... <input style="width:20px; height:20px;" type="text"/>	
SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A COLONNE SUIVANTE; SI PLUS DE NAISSANCES PASSER A 501)	
474	Je sais qu'il peut être difficile de parler d'enfant(s) que vous avez eu(s) et qui est/sont mort(s), mais ces informations sont très importantes pour les programmes de santé et pour éviter le décès d'autres enfants. Je voudrais vous poser quelques questions à propos de ce qui s'est passé et des symptômes qu'a/ont présentés votre/vos enfant(s) avant qu'il(s) décède(nt). (Nous parlerons d'un seul enfant à la fois).			
475	D'après vous, quel a été la cause du décès de (NOM)?	<input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	<input style="width:40px; height:20px;" type="text"/>	
476	Pendant la maladie qui a précédé le décès de (NOM), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?  SI OUI: Où êtes-vous allé/ qui avez-vous vu?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES CITEES ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES. ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON", ENCERCLER LE CODE "B" POUR N'DJAMENA ET LE CODE "C" POUR LES AUTRES VILLES.  SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAIE INFIRMERIE (CODE "J") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL ("A") OU D'UN CENTRE DE SANTE ("C")	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER) NON.....Z	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER) NON.....Z	SECTEUR PUBLIC HOPITAL/MATERNITE.....A HOPITAL MILITAIRE/ GARNISON.....B CENTRE DE SANTE/DIS- PENSARE/GARNISON.....C POLYCLINIQUE.....D PHARMACIE DE L'HOPITAL /CENTRE DE SANTE.....E  AUTRE PUBLIC _____ F (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE.....G CLINIQUE/CAB. MEDICAL...H CENTRE SANTE PRIVE.....I CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE.....J PHARMACIE/DEPOT PHARM...K  AUTRE PRIVE _____ L (PRECISER) SECTEUR PUBLIC/PRIVE PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....M AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N SECOURISTE.....O VENDEUR AMBULANT.....P AMIS/VOISINS/PARENTS...Q  AUTRE _____ X (PRECISER) NON.....Z
477	Où s'est produit le décès de (NOM)?	A LA MAISON.....1 DANS ETABL. SANITAIRE...2 SUR LE CHEMIN D'UN ETABLIS. SANITAIRE....3  AUTRE _____ 4 (PRECISER)	A LA MAISON.....1 DANS ETABL. SANITAIRE...2 SUR LE CHEMIN D'UN ETABLIS. SANITAIRE....3  AUTRE _____ 4 (PRECISER)	

SELON Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE		AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE		
	NOM _____		NOM _____		NOM _____		
478	VERIFIER Q. 219 AGE AU DECES	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/>	1 MOIS OU PLUS AGE <input type="checkbox"/> PASSER A Q.489
479	(NOM) est-il/elle né(e) à la suite d'un accouchement difficile?	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
480	(NOM) avait-il/elle une malformation quelconque?  SI 'OUI' PRECISER	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1  (PRECISER) NON.....2 NSP.....8
481	Pendant les premiers jours de sa vie, est-ce-que (NOM) tétait ou buvait normalement?	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
482	Est-ce que (NOM) a moins tété ou a eu des difficultés à téter les jours avant le décès?	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
483	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions ou des spasmes?	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
484	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←
485	Pendant combien de jours la toux a-t-elle duré? SI MOINS D'1 JOUR, NOTER "00"	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
486	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle des difficultés à respirer/une respiration rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 488) ←
487	Pendant combien de jours a-t-il/elle eu des difficultés à respirer/une respiration rapide? SI MOINS D'1 JOUR, NOTER "00"	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/>
488	RETOURNER A Q. 475 POUR L'ENFANT DECEDE SUIVANT; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDE, PASSER A Q.501.						
489	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des selles très molles ou liquides, c'est-à-dire a-t-il/elle eu la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A Q.493) ←
490	L'épisode de diarrhée était-il modéré ou grave?	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8	MODERE.....1 GRAVE.....2 NSP.....8
491	Combien de temps la diarrhée a-t-elle duré?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> NSP.....998
492	Y avait-il du sang dans les selles?	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

SELON Q. 212	DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE		AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
	NOM _____		NOM _____		NOM _____	
493	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8
494	Combien de temps a duré la toux?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
495	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il des difficultés à respirer ou une respiration difficile/rapide?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.497) ← NSP.....8
496	Combien de temps a-t-il/elle eu des difficultés à respirer/une respiration difficile/rapide?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
497	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498) ← NSP.....8
497A	La fièvre était-elle légère ou forte?		LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8	LEGERE.....1 FORTE.....2 NSP.....8
497B	Combien de temps a duré la fièvre?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
498	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) était-il/elle inconscient(e)?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
498A	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
498B	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) a-t-il/elle eu une éruption de boutons sur tout le corps/toute la figure?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498D) ← NSP.....8
498C	Combien de temps a duré l'éruption?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".		JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
498D	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) était-il/elle très maigre?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.498F) ← NSP.....8

SELON Q. 212		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE	AVANT AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____	NOM _____
498E	Pendant combien de temps, (NOM) a-t-il/elle été très maigre?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
498F	Pendant la maladie qui a précédé le décès, (NOM) avait-il/elle les pieds ou les jambes enflés?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A Q.499) ← NSP.....8
498G	Pendant combien de temps (NOM) a-t-il/elle eu les pieds ou les jambes enflés?  SI MOINS DE 1 JOUR, ENREGISTRER 00 POUR "JOUR".	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
499	RETOURNER A Q.475 POUR L'ENFANT DECEDE SUIVANT; S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDE, PASSER A Q.501.			

## SECTION 5. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	→507 →515F
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....1 PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....3	
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	→511 →515F
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	→511
506A	Qui a été à l'origine du divorce/séparation?	ENQUETEE/FEMME.....1 MARI/CONJOINT.....2 FEMME ET MARI/COMMUN ACCORD...3 FAMILLE.....4	
506B	Quelle a été la cause de votre divorce/séparation?	STERILITE FEMME/ENQUETEE.....01 STERILITE MARI/CONJOINT.....02 IMPUISSANCE MARI/CONJOINT.....03 CAUSE MATERIELLE/FINANCIERE...04 CONFLIT CONJUGAL.....05 PRESSION FAMILIALE.....06 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→511
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	→508
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.		<input type="text"/> <input type="text"/>
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	→511
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?*	RANG..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois? SI UNE SEULE FOIS, NOTEZ '1' SI PLUSIEURS FOIS DEMANDEZ ET ENREGISTREZ LE NOMBRE	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
512	VERIFIER 511: MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→514
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514	VERIFIER 502 ET 506:  Q.502: ACTUELLEMENT MARIEE/ VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	Q.506: VEUVE, DIVORCEE OU SEPEREE <input type="checkbox"/>	515F
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Les questions que je vais vous poser sont confidentielles, vous pouvez donc répondre sans crainte.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec votre [mari/l'homme avec qui vous vivez]?</p> <p>SI LA REPONSE EST "JAMAIS", RETOURNEZ A Q.502, ENREGISTREZ 'MARIAGE NON CONSOMME' ET SUIVEZ LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE.</p>	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515A	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avec [votre mari/l'homme avec qui vous vivez] un condom a-t-il été utilisé?</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (préservatif) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec votre [mari/l'homme avec qui vous vivez] un condom a-t-il été utilisé?</p>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
515B	<p>Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre [mari/l'homme avec qui vous vivez] au cours des 12 derniers mois?</p>	OUI.....1 NON.....2 → 517	
515C	<p>Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que [votre mari/l'homme avec qui vous vivez]?</p>	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515D	<p>Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?</p>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
515E	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que [votre mari/l'homme avec qui vous vivez] avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/> NSP.....98 → 517	
515F	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?</p>	JAMAIS.....000 → 608 NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
515G	<p>VERIFIER 301 ET 302: CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
515H	<p>VERIFIER 515F: MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		517
515I	<p>Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?</p>	<p>NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	
517	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	519
518	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "HOPITAL MILITAIRE/GARNISON" ENCERCLER LE CODE '12' POUR N'DJAMENA ET LE CODE '13' POUR LES AUTRES VILLES</p> <p>ATTENTION: SI LA REPONSE EST "INFIRMERIE" INSISTEZ POUR SAVOIR S'IL S'AGIT D'UNE VRAI INFIRMERIE (CODE '25' "CENTRE DE SANTE D'ENTREPRISE") OU S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL OU D'UN CENTRE DE SANTE PUBLIC</p> <p>_____ (NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL/MATERNITE PUBLIC.....11</p> <p>HOPITAL MILITAIRE/GARNISON....12</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/GARNISON.....13</p> <p>POLYCLINIQUE.....14</p> <p>PHARMACIE DE L'HOPITAL OU DU CENTRE DE SANTE.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>CLINIQUE/CABINET MEDICAL.....22</p> <p>AS. TCHAD BIEN ETRE FAMIL.....23</p> <p>CENTRE DE SANTE PRIVE.....24</p> <p>CENTRE SANTE D'ENTREPRISE.....25</p> <p>PHARMACIE/DEPOT PHARMACEUT.....26</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL.....27</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PUBLIC/PRIVE</p> <p>PHARMACIE/CENTRE DE SANTE VILLAGEOISE.....31</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/BAR/MARCHE.....41</p> <p>SECOURISTE.....42</p> <p>VENDEUR AMBULANT.....43</p> <p>AMIS/VOISINS/PARENTS.....44</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	518C
518A	<p>A quelle distance se trouve (NOM DE L'ENDROIT DE Q518)?</p> <p>NOTER "95" POUR 95 KILOMETRES ET PLUS</p>	<p>DISTANCE EN KILOMETRES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	
518B	<p>Combien de temps faut-il pour se rendre à (NOM DE L'ENDROIT DE Q518)?</p> <p>NOTER "300" POUR 5 HEURES ET PLUS</p>	<p>TEMPS EN MINUTES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....998</p>	
518C	<p>Combien coûte un condom (coût à l'unité)?</p>	<p>PRIX EN FCFA (UNITE).... <input type="text"/></p> <p>GRATUIT.....996</p> <p>NSP.....998</p>	
519	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/></p> <p>PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96</p>	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<p>VERIFIER 314:</p> <p>NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p>		612
602	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3</p> <p>INDECISE/NSP.....8</p>	606 604
603	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994</p> <p>APRES LE MARIAGE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996 (PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	606
604	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <u>contente</u>, <u>pas contente</u>, ou cela vous serait-il égal?</p>	<p>CONTENTE.....1</p> <p>PAS CONTENTE.....2</p> <p>EGAL.....3</p>	
606	<p>VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS PDSEE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/></p>		612
607	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	609
608	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	610
609	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>IMPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>PAS SURE/NSP.....98</p>	612

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11  RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26  OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42  RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	→612
611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
612	<b>VERIFIER 216:</b>  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p style="text-align: center;"><b>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</b></p>	NOMBRE..... <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→614
612A	Quelle est la principale raison pour laquelle vous voudriez _____? (NOMBRE D'ENFANTS DE Q612)	RAISONS ECONO./FINANCIERES....01 SOUTIEN DANS LA VIEILLESSE....02 AIDE DANS LE TRAVAIL.....03 TRAVAIL SUPPLEMENTAIRE.....04 POUR POUVOIR TRAVAILLER.....05 INQUIETUDE DE L'AVENIR.....06 ASSURER BON AVENIR/EDUCATION AUX ENFANTS.....07 PRESTIGE DE LA FAMILLE STATUT SOCIAL.....08 VOLONTE DE DIEU.....09 OBLIGATION RELIGIEUSE/SOCIALE..10 AFFECTION/COMPAGNIE.....11 PROBLEMES DE SANTE LIES A LA MATERNITE.....12 MALADIE/MORT DES ENFANTS.....13  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
613	<p>Parmi les _____ enfants que vous voudriez, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?</p> <p>(NOMBRE D'ENFANTS DE Q612)</p> <p>FAITES LA SOMME DES 'GARÇONS', DES 'FILLES' ET DES 'N'IMPORTE'. CETTE SOMME DOIT ETRE EGALE AU NOMBRE DE Q.612. SI 'NON', VERIFIEZ ET CORRIGEZ.</p>	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>																			
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	<p>APPROUVE.....1</p> <p>DESAPPROUVE.....2</p> <p>SANS OPINION.....3</p>																			
615	<p>Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données :</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>NON ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1		2	8	TELEVISION.....1		2	8							
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP																		
RADIO.....1		2	8																		
TELEVISION.....1		2	8																		
616	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale:</p> <p>A la radio?</p> <p>A la télévision?</p> <p>Dans les journaux ou les magazines?</p> <p>Sur une affiche?</p> <p>Sur un prospectus ou une brochure?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1		2	TELEVISION.....1		2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2	AFFICHE.....1		2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2	
	OUI	NON																			
RADIO.....1		2																			
TELEVISION.....1		2																			
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1		2																			
AFFICHE.....1		2																			
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1		2																			
616A	<p>VERIFIER 616:</p> <p>RADIO 'OUI' <input type="checkbox"/></p> <p>RADIO 'NON' <input type="checkbox"/></p>		618																		
617	<p>Durant les derniers mois, avez-vous entendu à la radio un message faisant la promotion de:</p> <p>L'espacement des naissances?</p> <p>De la santé de la mère?</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ESPACEMENT NAISSANCES.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SANTE DE LA MERE.....1</td> <td></td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ESPACEMENT NAISSANCES.....1		2	SANTE DE LA MERE.....1		2										
	OUI	NON																			
ESPACEMENT NAISSANCES.....1		2																			
SANTE DE LA MERE.....1		2																			
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	620																		
619	<p>Avec qui en avez-vous discuté?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>MARI/CONJOINT.....A</p> <p>MERE.....B</p> <p>PERE.....C</p> <p>SOEUR(S).....D</p> <p>FRERE(S).....E</p> <p>FILLE.....F</p> <p>BELLE-MERE.....G</p> <p>AMIE(S)/VOISINS.....H</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>																			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A		
620	VERIFIER 502:	OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE <input type="checkbox"/>	OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	NON, PAS EN UNION/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/>	701
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8			
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3			
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8			

**SECTION 7. CARACTERISTIQUES DU CONJOINT ET ACTIVITE PROFESSIONNELLE DE LA FEMME**

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<b>VERIFIER 502 ET 504 :</b> ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/>		703 709
702	Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?	AGE.....	<input type="text"/>
703	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire, supérieur, professionnel niveau secondaire, professionnel niveau supérieur ou école coranique?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 PROFESSIONNEL NIV. SECONDAIRE...4 PROFESSIONNEL NIV. SUPERIEUR...5 ECOLE CORANIQUE.....6 NSP.....8	706
705	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?*	ANNEE..... NSP.....8	<input type="text"/>
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?		<input type="text"/>
707	<b>VERIFIER 706:</b> TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il les terres de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	712
710	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 actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	712

\* CODES POUR Q.705:

NIVEAU	PRIMAIRE	SECONDAIRE (Y COMPRIS LES MEDERSA)	SUPERIEUR	PROFESSIONNEL NIVEAU SECONDAIRE	PROFESSIONNEL NIVEAU SUPERIEUR
	0 = MOINS D'UNE ANNEE ACHVEE DANS LE NIVEAU CORRESPONDANT				
CLASSE	1 = CP1 2 = CP2 3 = CE1 4 = CE2 5 = CM1 6 = CM2	1 = 6ème 2 = 5ème 3 = 4ème 4 = 3ème 5 = 2nde 6 = 1ère 7 = Terminale	1 = 1ère année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +	1 = 6ème ou 1ère an. 2 = 5ème ou 2ème an. 3 = 4ème ou 3ème an. 4 = 3ème ou 4ème an. 5 = 2nde ou 5ème an. 6 = 1ère ou 6ème an. 7 = Term.ou 7ème an.	1 = 1ème année 2 = 2ème année 3 = 3ème année 4 = 4ème année ou +

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→801A
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		
713	<b>VERIFIER 712:</b> TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
715	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 A SON COMPTE.....3	
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→718 →719
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS.....	
718	(Pendant les mois où vous avez travaillé) combien de jours par mois, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS.....	→720
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS.....	
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? C'est-à-dire gagnez-vous de l'argent ou autre chose en nature pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→723
721	Combien gagnez-vous habituellement pour ce travail?  - SI LA FEMME EST PAYEE EN NATURE, ENERCLEZ '0'  - SI LA FEMME GAGNE DE L'ARGENT, INSISTEZ: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois ou par an?  ENERCLEZ LE CODE CORRESPONDANT ET ENREGISTREZ LA SOMME, PRECEDEE DE '0' SI NECESSAIRE	EN NATURE..0 P/HEURE....1 P/JOUR....2 P/SEM.....3 P/MOIS....4 P/ANNEE...5 AUTRE.....6 (PRECISER)	
722	<b>VERIFIER 502 :</b> OUI, ACTUEL. MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre?	NON, PAS EN UNION/ MARIAGE NON CONSOMME <input type="checkbox"/> Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, quelqu'un d'autre, ou vous avec quelqu'un d'autre?	ENQUETEE DECIDE.....1 MARI/CONJOINT DECIDE.....2 ENQUETEE DECIDE AVEC MARI/CONJ..3 QUELQU'UN D'AUTRE DECIDE.....4 ENQUETEE DECIDE AVEC QUELQU'UN..5



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	A LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2	
724	VERIFIER 217 ET 218: A-T-ELLE UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE?		801A
	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>	
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS AGEE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE.....08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	



No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801H	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	801K
801J	Qu'avez-vous fait?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C  AUTRE _____ X (PRECISER)	
801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/> A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>		801LA
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	811C
801LA	Où avez-vous entendu parler du SIDA la première fois?	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE.....06 ECOLE/ENSEIGNANT.....07 CONFERENCES DE QUARTIER.....08 AMI(E)S/PARENTS.....09 LIEU DE TRAVAIL.....10  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
802	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA?  Aucune autre source?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/ENSEIGNANT.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J  AUTRE _____ X (PRECISER)	
802B	Comment peut-on attraper le SIDA?  Aucune autre façon?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....B NE PAS UTILISER CONDOM.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRE MULTIPLES.....E RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J DE LA MERE A L'ENFANT.....K EN EMBRASSANT.....L PIGURES DE MOUSTIQUES.....M VIVRE AVEC UN SIDEEN.....N LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	807

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
804	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B  UTILISER DES CONDOMS.....C  N'AVOIR QU'UN SEUL PARTENAIRE...D  ETRE FIDELE.....F  EVITER LES PROSTITUEES.....G  EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....H  EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....I  EVITER INJECTIONS.....J  EVITER D'EMBRASSER.....L  EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....M  EVITER DE VIVRE AVEC SIDEEN.....N  CHERCHER LA PROTECTION DES  GUERISSEURS TRADITIONNELS.....O  RECHERCHER LA PROTECTION DE  DIEU/PRIERES.....P  EVITER LAMES/CISEAUX/COUTEAUX  INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q  EVITER EXCISION/CIRCONCISION/  PERCEMENT D'OREILLE.....R  EVITER MANGER/BOIRE DANS MEME  VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S</p> <p>AUTRE _____ X  (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
807	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1  NON.....2  NSP.....8</p>	
808	<p>Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1  PARFOIS.....2  PRESQUE TOUJOURS.....3  NSP.....8</p>	
808A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1  NON.....2  NSP.....8</p>	
808B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant pendant la grossesse ou l'accouchement?</p>	<p>OUI.....1  NON.....2  NSP.....8</p>	
808C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1  NON.....2  NSP.....8</p>	
809	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLE.....1  MOYEN.....2  IMPORTANT.....3  PAS DE RISQUE DU TOUT.....4  A LE SIDA.....5</p>	<p>809C  811A</p>
809B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B  UTILISE CONDOMS.....C  A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX....D  A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX....E  CONJOINT N'A PAS AUTRES PART....F  N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....H  N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....I  N'A PAS D'INJECTIONS.....J  PROTEGE PAR  GUERISSEURS TRADITIONNELS.....O  PROTEGE PAR DIEU.....P  EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX  INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q  EVITE EXCISION/CIRCONCISION/  PERCEMENT D'OREILLE.....R  EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME  VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S</p> <p>AUTRE _____ X  (PRECISER)</p>	<p>809CA</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?  Aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRE(S) SEXUELS.....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE...F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R MANGE/BOIS DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S  AUTRE _____ X (PRECISER)	
809CA	A votre avis, que faut-il faire des malades atteints du SIDA?	LES ENVOYER A L'HOPITAL.....01 LES GARDER A LA MAISON.....02 LES ISOLER.....03 LES AIDER.....04  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?  SI OUI, Qu'avez-vous fait?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)...E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H ARRETE INJECTIONS.....J CHERCHE LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS....O RECHERCHE LA PROTECTION DE DIEU/PRIERES.....P EVITE LAMES/CISEAUX/COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..Q EVITE EXCISION/CIRCONCISION/ PERCEMENT D'OREILLE.....R EVITE MANGER/BOIRE DANS MEME VAISSELLE QU'UN SIDEEN.....S  AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y	811C
811B	Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?  SI OUI, De quelle façon?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)..E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....H  AUTRE _____ X (PRECISER) NON: PAS CHANGE. COMP. SEXUEL...Y	
811C	Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?	OUI.....1 NON.....2	811F

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
811D	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	901
811E	Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?	OUI.....1 NON.....2	811G
811F	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	901
811G	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.  A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE.... <input type="text"/> <input type="text"/>	
902	VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT) <input type="checkbox"/>	916
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [2] ← 908 NSP.....8 PASSER A [2] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [3] ← 908 NSP.....8 PASSER A [3] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [4] ← 908 NSP.....8 PASSER A [4] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [5] ← 908 NSP.....8 PASSER A [5] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [6] ← 908 NSP.....8 PASSER A [6] ←	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [7] ← 908 NSP.....8 PASSER A [7] ←
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [2] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [3] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [4] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [5] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [6] ← 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [7] ← 910 NSP.....98
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A [2] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [3] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [4] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [5] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [6] ← 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [7] ← 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A [2] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [3] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [4] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [5] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [6] ← 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A [7] ← 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [2] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [3] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [4] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [5] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [6] ← 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [7] ← 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
915A Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [2]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [3]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [4]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [5]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [6]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [7]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [8]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [13]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....98
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
915A Où s'est produit le décès de (NOM)?	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [8]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [9]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [10]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [11]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [12]	MAISON.....1 ETABLIS. SANITAIRE..2 ROUTE ETAB. SANITAIRE..3 AUTRE.....4 PASSER A [13]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

916	ENREGISTRER L'HEURE	HEURES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		MINUTES.....	<input type="text"/>	<input type="text"/>



SECTION A. TAILLE ET POIDS

A01	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991	<input type="checkbox"/> → FIN
-----	---	--------------------------	---	--------------------------------

ENQUETRIX: EN A02 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE N° DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 ET ENCORE EN VIE.  
 EN A03 ET A04 ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT EN VIE, NE DEPUIS JANVIER 1991, EN COMMENÇANT PAR LE PLUS JEUNE.  
 EN A06 ET A08 NOTER LA TAILLE ET LE POIDS DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS.  
 NOTES: -TOUTES LES FEMMES ENQUETEEES AVEC UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1991 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES, MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES.  
 -S'IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1991, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
A02 N° DE LIGNE DE Q.212 DE LA SECTION 2		□ □	□ □	□ □
A03 NOM (DE Q.212 POUR LES ENFANTS)	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
A04 DATE DE NAISSANCE:  -DE Q.215 POUR LES ENFANTS ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
A05 CICATRICE DU BCG SUR LE BRAS		CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2	CICAT. VUE.....1 PAS DE CICAT...2
A06 TAILLE (en centimètres)	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □	□ □ □ □ . □
A07 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
A08 POIDS (en kilogrammes)	□ □ □ □ , □	0 □ □ □ , □	0 □ □ □ , □	0 □ □ □ , □
A09 DATE DE PESEE ET DE MESURE	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE..... □ □
A10 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUSE.....4 AUTRE.....6 <u>                    </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u>                    </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u>                    </u> (PRECISER)	MESURE.....1 MALADE.....2 ABSENT.....3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE.....6 <u>                    </u> (PRECISER)
A11 NOM DE L'OPERATEUR: _____	□ □	NOM DE L'ASSISTANT*: _____	□ □	

\* Codes: Mère: 90; Autres membres du ménage: 91; Autres personnes: 92.

**OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX**  
A remplir une fois que l'interview est finie

Commentaires  
sur l'enquêtée:

---

---

---

Commentaires sur des  
questions spécifiques:

---

---

---

Autres commentaires:

---

---

---

**OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE**

---

---

---

Nom du Chef d'Equipe:

---

Date:

---

**OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE**

---

---

---

Nom de la Contrôleuse:

---

Date:

---