

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION	
DEPARTEMENT _____	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> <div style="margin-right: 10px;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div> </div>
SOUS-PREFECTURE/CIRCONS.URBAINE _____	
COMMUNE RURALE/URBAINE _____	
VILLAGE/QUARTIER _____	
NUMERO DE GRAPPE.....	
NUMERO DE STRUCTURE.....	
NUMERO DU MENAGE.....	
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____	

VISITES D'ENQUETICE				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
NOM DE L'ENQUETICE				MOIS <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
RESULTAT**				ANNEE <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
				NOM <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
				RESULTAT <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE				NBRE. TOTAL DE VISITES <div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>

**CODES RESULTAT:

1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____
2 ABSENTE	5 PARTIELLEMENT REMPLI	(Préciser)
3 DIFFERE	6 INCAPACITE	

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
LANGUE DE L'INTERVIEW ***.....	
INTERPRETE : OUI (=1) NON (=2)	
*** CODES LANGUES : 1 FRANCAIS, 2 ADJA 3 BARIBA 4 FON 5 DENDI 6 DITAMARI 7 YORUBA 8 AUTRE	

NOM _____	CONTROLEUSE	NOM _____	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
DATE _____	<div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	DATE _____	<div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	<div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>	<div style="display: flex; align-items: center;"><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div><div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div></div>

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
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 COTONOU, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	COTONOU.....1 VILLE MOYENNE.....2 AUTRE VILLE.....3 RURAL.....4 ETRANGER.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUSE.....96	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à COTONOU, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	COTONOU.....1 VILLE MOYENNE.....2 AUTRE VILLE.....3 RURAL.....4 ETRANGER.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
106	Quel âge avez-vous actuellement? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire, ou supérieur ?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau? (CONVERTIR EN NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES)	NBRE D'ANNEES ACHEVEES.....	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS <input type="checkbox"/> OU MOINS AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
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 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal, un magazine ou un quelconque document au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT.....1 PARFOIS.....2 JAMAIS.....3	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT.....1 PARFOIS.....2 JAMAIS.....3	
118	Quelle religion pratiquez-vous?	TRADITIONNELLE.....1 ISLAMIQUE.....2 CATHOLIQUE.....3 PROTESTANTE METHODISTE.....4 AUTRE CHRETIENNE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER) AUCUNE.....7	
119	Quelle est votre nationalité?	BENINOISE.....1 AUTRE.....2 (PRECISER)	120
119B	Quelle est votre ethnie? _____ (NOM DE L'ETHNIE)	ADJA ET APPARENTES.....01 BARIBA ET APPARENTES.....02 DENDI ET APPARENTES.....03 FON ET APPARENTES.....04 YOA & LOKPA ET APPARENTES.....05 BETAMARIBE ET APPARENTES.....06 PEULH ET APPARENTES.....07 YORUBA ET APPARENTES.....08 AUTRE.....96 (PRECISER)	
120	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/> L'ENQUETE EST RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/>		201
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Quel est le nom de l'endroit où vous vivez habituellement? _____ (NOM DE L'ENDROIT)	COTONOU.....1 VILLE MOYENNE.....2 AUTRES VILLES.....3 RURAL.....4 ETRANGER.....5	
122	MENTIONNEZ LE NOM DU DEPARTEMENT DU LIEU DE RESIDENCE.	ATACORA.....1 ATLANTIQUE.....2 BORGOU.....3 MONO.....4 OUEME.....5 ZOU.....6	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A																											
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement. D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET EAU COURANTE A LA MAISON.....11→125 EAU COURANTE AILLEURS.....12 ROBINET PUBLIC/BORNE FONTAINE....13 EAU DE PUIITS FORAGE EQUIPE DE POMPE MANUEL....21 PUIITS BUSE OU PROTEGE.....22 PUIITS NON PROTEGE.....23 EAU DE SURFACE SOURCE AMENAGEE.....31 RIVIERE/MARIGOT/MARE.....32 EAU DE PLUIE DANS UNE CITERNE....41 AUTRE EAU DE PLUIE.....42 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61→125 AUTRE_____96 (PRECISER)																												
124	Quelle est la distance entre cette source et votre maison ?	LIEU D'HABITATION.....1 MOINS DE 1KM.....2 PLUS DE 1KM.....3 NE SAIT PAS.....8																												
125	Quel genre de toilettes avez-vous dans votre ménage?	FOSSE/LATRINES LATRINE COUVERTE.....21 LATRINE NON COUVERTE.....22 FOSSE SEPTIQUE FOSSE ETANCHE.....23 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE_____96 (PRECISER)																												
126	Dans votre ménage, avez-vous : L'électricité ? Un poste radio ? Un poste téléviseur ? Un réfrigérateur ? Une bicyclette ? Une mobylette ou motocyclette ? Une voiture/camion/ camionnette ? Une pirogue ?	<table><tr><td></td><td>OUI</td><td>NON</td></tr><tr><td>ELECTRICITE.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>RADIO.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>TELEVISEUR.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>REFRIGERATEUR.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>BICYCLETTE.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>MOBYLETTE/MOTOCYLETTE.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>VOITURE/CAMION/CAMIONNETTE..1</td><td>1</td><td>2</td></tr><tr><td>PIROGUE.....1</td><td>1</td><td>2</td></tr></table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....1	1	2	RADIO.....1	1	2	TELEVISEUR.....1	1	2	REFRIGERATEUR.....1	1	2	BICYCLETTE.....1	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYLETTE.....1	1	2	VOITURE/CAMION/CAMIONNETTE..1	1	2	PIROGUE.....1	1	2	
	OUI	NON																												
ELECTRICITE.....1	1	2																												
RADIO.....1	1	2																												
TELEVISEUR.....1	1	2																												
REFRIGERATEUR.....1	1	2																												
BICYCLETTE.....1	1	2																												
MOBYLETTE/MOTOCYLETTE.....1	1	2																												
VOITURE/CAMION/CAMIONNETTE..1	1	2																												
PIROGUE.....1	1	2																												
127	Pouvez-vous décrire le sol de votre maison?	CIMENT.....11 TERRE.....21 BOIS.....31 AUTRE_____96 (Préciser)																												

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous parler de 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 vos fils vivent avec vous? Combien de vos 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 vos fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de vos 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 Jumeaux ET Triples sur des lignes separees.

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 a (NOM) actuellement? 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 DE L'ANNEE NAISSANCE DE (NOM) L'ANNEE DE LA 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 219	OUI...1 NON...2 (NAISS. SUIVANTE)	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 219	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 219	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 219	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 219	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 219	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 219	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 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECEDE:	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 a (NOM) actuellement? 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 DE L'ANNEE NAISSANCE DE (NOM) L'ANNEE DE LA 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 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
09	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
10	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
11	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE...	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES 219	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
222	SOUSTRAIRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?							OUI....1 → PASSER A 223 NON....2 → PASSER A 224	
223	Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE NIERE 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 <input type="checkbox"/> LES NOMBRES SONT DIFFERENTS <input type="checkbox"/> → (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 1993 . S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.								

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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.....	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	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 ET LA CONVERTIR EN DUREE ECOULEE)	JOURS ECOULES.....1 SEMAINES ECOULEES.....2 MOIS ECOULES.....3 ANNEES ECOULEES.....4 EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE....995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
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	→ 301
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	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - 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 DECLAREE D'UNE MANIERE SPONTANEE.
 PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON DECLAREE SPONTANEMENT.
 ENCELER 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' ENCELER A 301 OU A 302, POSER 303.

301 Quels sont les moyens ou méthodes dont vous avez entendu parler?	OUI SPONTANE	OUI DESCRIPTION	NON	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
01 PILULE Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	1	2	3	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	3	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	3	OUI.....1 NON.....2
04 NORPLANT Les femmes se font insérer sous la peau du bras plusieurs petits bâtonnets qui empêchent de tomber enceinte pendant plusieurs années.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un diaphragme, ou un spermicide (de la gelée ou de la crème) avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
06 CONDOM (CAPOTE ANGLAISE) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3	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	3	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 fois 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	3	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	3	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
	(PRECISER)			
	(PRECISER)			

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 parler du 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? (VERIFIEZ QUE LA METHODE CITEE EST CONNUE ET DEJA UTILISEE)	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....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</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUV.....12</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAM.....13</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....14</p> <p>CENTRE SOCIAL.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>ABPF.....24</p> <p>CABINET MEDICAL.....25</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....26</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL.....27</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 321
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	<p>ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01</p> <p>MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....03</p> <p>ENFANT DECEDE.....04</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→ 327
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles de peur de tomber enceinte?	<p>BASEE SUR LE CALENDRIER.....01</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE CORPS.....02</p> <p>BASEE SUR MUCUS CERVICAL</p> <p>(METHODE BILLINGS).....03</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS</p> <p>ET MUCUS CERVICAL.....04</p> <p>PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
326	<p>Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE CITEE EN Q.314) de façon continue?</p> <p>SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.</p>	<p>MOIS.....</p> <p>8 ANS OU PLUS.....96</p>	
327	<p>VERIFIER 314:</p> <p>ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>NORPLANT.....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 METHODE.....96</p>	<p>→ 329A</p> <p>→ 332</p>

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
328	<p>Où avez-vous obtenu (METHODE UTILISEE) la dernière fois?</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</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUV.....12</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAM.....13</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....14</p> <p>CENTRE SOCIAL.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>HOPITAL CONFESSIONNEL.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>ABPF.....24</p> <p>CABINET MEDICAL.....25</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....26</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL.....27</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....31</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>AMIS/PARENTS.....33</p> <p>STATION D'ESSENCE.....34</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
329	<p>Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 334
329A	<p>Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?</p>		
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 MARCHE/TRAVAIL.....12</p> <p>TRANSPORT DISPONIBLE.....13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE</p> <p>PERSONNEL PLUS COMPETENT/</p> <p>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</p> <p>DANS L'ETABLISSEMENT.....26</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER.....31</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....41</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→ 334
331	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?</p>	<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</p> <p>NORMAL DU CORPS.....56</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
332	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→ 334
333	Où est-ce?*	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11 CENTRE DE SANTE GOUV.....12 CLINIQUE DE PLANNING FAM.....13 AGENT DE TERRAIN.....14 CENTRE SOCIAL.....15 AUTRE PUBLIC.....16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21 HOPITAL CONFESSIONNEL.....22 PHARMACIE.....23 ABPF.....24 CABINET MEDICAL.....25 AGENT DE TERRAIN.....26 AUTRE PRIVE MEDICAL.....27 (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....31 EGLISE.....32 AMIS/PARENTS.....33 STATION D'ESSENCE.....34 AUTRE.....96 (PRECISER)	
	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. _____ (NOM DE L'ENDROIT)		
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent de planification familiale au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
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 dans 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.....4 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	→ 401
339	VERIFIER 210: UNE OU PLUSIEURS <input type="checkbox"/> NAISSANCES AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE		→ 401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 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. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1993	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1993	<input type="checkbox"/>	(PASSER A 465)
402	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1993 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.) Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eu dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.				
403	NUMERO DE LIGNE DE Q212 DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/>		AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/>	
404	SELON Q212 ET Q216	NOM..... VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		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'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←		A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←	
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre encore? (MOINS DE 1 AN, NOTEZ EN MOIS 1 AN OU PLUS, NOTEZ EN ANNEES)	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998		MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté 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 VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←		PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←	
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98		MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....98		NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-a-t-on fait une injection dans le bras, 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)← NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)← NSP.....8	
411A	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8		NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	
411B	Au cours des deux dernières semaines avant la naissance de (NOM) vous a-t-on fait une de ces injections ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
412	<p>Où avez-vous accouché de (NOM)?</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE.....11</p> <p>AUTRE DOMICILE.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....21</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSSP)..22</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS)23</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS)24</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE MEDICAL</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL..32</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>DOMICILE</p> <p>VOTRE DOMICILE.....11</p> <p>AUTRE DOMICILE.....12</p> <p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....21</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSSP)..22</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS)23</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS)24</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ 26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR PRIVE MEDICAL</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL...32</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL</p> <p>_____ 36</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>
413	<p>Qui vous a assistée pendant l'accouchement de (NOM)?</p> <p>Quelqu'un d'autre?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.</p>	<p>PROFESSIONNELS DE SANTE</p> <p>MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B</p> <p>ASSISTANTE ACCOUCHEUSE.C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE.....D</p> <p>AGENT VILLAGEOIS(AVS)..E</p> <p>PARENTS/AMIS.....F</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....Y</p>	<p>PROFESSIONNELS DE SANTE</p> <p>MEDECIN.....A</p> <p>INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B</p> <p>ASSISTANTE ACCOUCHEUSE.C</p> <p>AUTRE PERSONNE</p> <p>ACCOUCHEUSE</p> <p>TRADITIONNELLE.....D</p> <p>AGENT VILLAGEOIS(AVS)..E</p> <p>PARENTS/AMIS.....F</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PERSONNE.....Y</p>
414	<p>Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants:</p> <p>Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ?</p> <p>Des saignements excessifs si importants, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> <p>Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p> <p>Des convulsions non causées par la fièvre, que vous avez pensé que votre vie était en danger?</p>	<p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL.....1 2</p> <p>(PLUS DE 12 HEURES)</p> <p>SAIGNEMENTS</p> <p>EXCESSIFS.....1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC</p> <p>PERTES VAGINALES.....1 2</p> <p>CONVULSIONS.....1 2</p>	<p>OUI NON</p> <p>LONG TRAVAIL.....1 2</p> <p>(PLUS DE 12 HEURES)</p> <p>SAIGNEMENTS</p> <p>EXCESSIFS.....1 2</p> <p>FORTE FIEVRE AVEC</p> <p>PERTES VAGINALES.....1 2</p> <p>CONVULSIONS.....1 2</p>
415	<p>Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>
416	<p>Quand (NOM) est né(e), était-il/elle:</p> <p>très gros,</p> <p>plus gros que la moyenne,</p> <p>moyen,</p> <p>plus petit que la moyenne,</p> <p>ou très petit?</p>	<p>TRES GROS.....1</p> <p>PLUS GROS QUE MOYENNE...2</p> <p>MOYEN.....3</p> <p>PLUS PETIT QUE MOYENNE...4</p> <p>TRES PETIT.....5</p> <p>NSP.....8</p>	<p>TRES GROS.....1</p> <p>PLUS GROS QUE MOYENNE...2</p> <p>MOYEN.....3</p> <p>PLUS PETIT QUE MOYENNE...4</p> <p>TRES PETIT.....5</p> <p>NSP.....8</p>

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420)←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE (SI EN KG, CONVERTIR EN GRAMMES)	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA 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 LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421)← NON.....2 (PASSER A 422)←	
420	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		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
422	VERIFIER 227: ENQUETEE 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
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' H. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN 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"/>
427	VERIFIER 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

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
430	Pour quelle raison principale avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEMES DE SEINS.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 EST TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE UTILISER CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE....02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEMES DE SEINS.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 MERE TRAVAILLE.....06 ENFANT REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 EST TOMBEE ENCEINTE.....09 A COMMENCE UTILISER CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
431	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) (RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)
432	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) la nuit dernière, entre le coucher et le lever du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF.	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, entre le lever et le coucher du soleil? SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/> <input type="text"/>
434	Est-ce-que (NOM) a bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes ?	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> EAU.....1 2 8 EAU SUCREE.....1 2 8 JUS.....1 2 8 TISANE.....1 2 8 ALIM. POUR BEBE....1 2 8 LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8 LAIT FRAIS.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8 ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN....1 2 8 ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC.....1 2 8 OEUF/POISS/VOLAIL...1 2 8 VIANDE.....1 2 8 AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1 2 8	<div style="text-align: right;">OUI NON NSP</div> EAU.....1 2 8 EAU SUCREE.....1 2 8 JUS.....1 2 8 TISANE.....1 2 8 ALIM. POUR BEBE....1 2 8 LAIT BOITE/POUDRE...1 2 8 LAIT FRAIS.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8 ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN....1 2 8 ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC.....1 2 8 OEUF/POISS/VOLAIL...1 2 8 VIANDE.....1 2 8 AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES....1 2 8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
436	VERIFIER 435: NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER?	"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (PASSER A 438)
		"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (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 liquides? SI "7 FOIS OU PLUS", NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8
438	Combien de jours, sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants:* Eau? Lait (autre que le lait maternel)? Liquides autre que l'eau ou le lait? (tisane, jus, eau sucrée, etc...) Aliment à base de (Mais, mil, pain, sorgho, soja)? Aliment à base de (igname, manioc)? Oeufs, poisson ou volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides? SI "NE SAIT PAS", NOTER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="text"/> LAIT..... <input type="text"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/> ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN..... <input type="text"/> ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC..... <input type="text"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="text"/> VIANDE..... <input type="text"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="text"/> LAIT..... <input type="text"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/> ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN..... <input type="text"/> ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC..... <input type="text"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="text"/> VIANDE..... <input type="text"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>
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.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1993* ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).																																																																																		
441	NUMERO DE LIGNE DE Q.212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... 	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... 																																																																																
442	SELON Q.212 ET Q.216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465) </div>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465) </div>																																																																																
443	Avez-vous une carte/carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la voir?	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/carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1- (PASSER A 447)← NON.....2-	OUI.....1- (PASSER A 447)← NON.....2-																																																																																
445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS DE CHAQUE VACCIN, A PARTIR DE LA CARTE/ CARNET (2) NOTER '44' DANS LA COL. 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG Polio 0 (à la naissance) Polio 1 Polio 2 Polio 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 Rougeole	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>J</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr><td>BCG....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG...</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		J	M	A	BCG....				P0....				P1....				P2....				P3....				D1....				D2....				D3....				ROUG...				<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>J</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr><td>BCG....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P0....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>P3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D1....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D2....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>D3....</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>ROUG...</td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		J	M	A	BCG....				P0....				P1....				P2....				P3....				D1....				D2....				D3....				ROUG...			
	J	M	A																																																																																
BCG....																																																																																			
P0....																																																																																			
P1....																																																																																			
P2....																																																																																			
P3....																																																																																			
D1....																																																																																			
D2....																																																																																			
D3....																																																																																			
ROUG...																																																																																			
	J	M	A																																																																																
BCG....																																																																																			
P0....																																																																																			
P1....																																																																																			
P2....																																																																																			
P3....																																																																																			
D1....																																																																																			
D2....																																																																																			
D3....																																																																																			
ROUG...																																																																																			
446	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte/ carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE CITE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ET/OU ROUGEOLE.	OUI.....1- (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2- NSP.....8- (PASSER A 449)←	OUI.....1- (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2- NSP.....8- (PASSER A 449)←																																																																																

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8
448	Dites-moi, s'il vous plaît, 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 (tiers supérieur) qui laisse une cicatrice?	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
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
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
448E	Le vaccin du DTCQ (au bras ou à la cuisse) c'est-à-dire une injection généralement faite 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
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448G	Une injection contre la ROUGEOLE (au tiers supérieur du bras ou dans le dos)?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	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)←

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
453	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSSP)...B</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS)...C</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS)...D</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION....N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSSP)...B</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS)...C</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS)...D</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION....N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines? **	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 463) ←</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 463) ←</p> <p>NSP.....8</p>
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eues ?	<p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	<p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou un peu moins, beaucoup moins, rien ?	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>UN PEU MOINS.....3</p> <p>BEAUCOUP MOINS.....4</p> <p>RIEN.....5</p> <p>NSP.....8</p>	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>UN PEU MOINS.....3</p> <p>BEAUCOUP MOINS.....4</p> <p>RIEN.....5</p> <p>NSP.....8</p>
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, un peu moins, beaucoup moins, rien ?	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>UN PEU MOINS.....3</p> <p>BEAUCOUP MOINS.....4</p> <p>RIEN.....5</p> <p>NSP.....8</p>	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>UN PEU MOINS.....3</p> <p>BEAUCOUP MOINS.....4</p> <p>RIEN.....5</p> <p>NSP.....8</p>

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
459	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée lui a-t-on donné une des choses suivantes à boire*:</p> <p>Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO/ORASEL?</p> <p>Une bouillie légère faite à partir de [riz ou autre grain local, manioc, igname patate, etc.]</p> <p>Une purée faite à partir [riz ou autre grain local, manioc, igname patate, etc.]</p> <p>Soupe?</p> <p>Solution maison: sucre-sel-eau?</p> <p>Lait ou préparation pour bébé?</p> <p>Boisson à base de yaourt?</p> <p>Eau?</p> <p>N'importe quel autre liquide?</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO...1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>PUREE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>SOL SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>	<p>OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO...1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>PUREE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>SOL SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>		
459B	<p>VERIFIEZ 459:</p> <p>L'ENFANT A RECU LE SRO</p>	<p>"OUI" <input type="checkbox"/> "NON/NSP" <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 460)</p>	<p>"OUI" <input type="checkbox"/> "NON/NSP" <input type="checkbox"/></p> <p>(PASSER A 460)</p>		
459C	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée, comment avez-vous préparé la solution de SRO? Combien de sachet de SRO (ORASEL) par litre d'eau?</p> <p>L'eau est-elle propre?</p>	<p>SRO/LITRE <1 1 >1</p> <p>1 2 3</p> <p>OUI.....1 NON....2</p>	<p>SRO/LITRE <1 1 >1</p> <p>1 2 3</p> <p>OUI.....1 NON....2</p>		
460	<p>Est-ce que quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p>		
461	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée*?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION (I.M.).....B</p> <p>INJECTION (I.V.).....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION (I.M.).....B</p> <p>INJECTION (I.V.).....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>		
462	<p>Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 463)←</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 463)←</p>		
462B	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSPS)..B</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS).C</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS).D</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUV.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE (CSPS)..B</p> <p>COMPLEXE COMMUNAL (CCS).C</p> <p>UNITE VILLAGEOISE (UVS).D</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...E</p> <p>AUTRE PUBLIC _____ F</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIV...G</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL...H</p> <p>PHARMACIE.....I</p> <p>CABINET MEDICAL.....J</p> <p>AGENT SANTE COMMUNAUT...K</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE _____ L</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....M</p> <p>GUERISSEUR TRADITION...N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>		

463		VITAMINE A VERIFIEZ DEPARTEMENT: SI ATACORA OU BORGOU <input type="checkbox"/> SI NON <input type="checkbox"/> PASSER 464	VITAMINE A VERIFIEZ DEPARTEMENT: SI ATACORA OU BORGOU <input type="checkbox"/> SI NON <input type="checkbox"/> PASSER 464
463A	(NOM) a t-il reçu des capsules de vitamine A comme celle-ci?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) ←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464) ←
463B	Il y a combien de mois que la dernière capsule a été donnée à l'enfant?	NOMBRE DE MOIS <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>	NOMBRE DE MOIS <input style="width: 40px; border: 1px solid black;" type="text"/>
464	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.		
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 de 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 du personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST CITE.	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/TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J FATIGUE/FAIBLESSE.....K 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 CITE.	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/TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
469	A quel âge pensez-vous qu'un enfant doit être vacciné contre la rougeole?	AVANT 6 MOIS.....1 ENTRE 6 ET 9 MOIS.....2 ENTRE 9 ET 12 MOIS.....3 APRES 12 MOIS.....4 NSP.....8	
470	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"/> → 501		
471	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO/ ORASEL que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 5. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<div style="text-align: right;">OUI NON</div> 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 NON, PAS EN UNION.....3	→507
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
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	→508
507B	NUMERO DE LIGNE DU MARI/CONJOINT VIVANT DANS LE MENAGE	NUMERO DE LIGNE..... <input type="text"/>	
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même actuellement ?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres femmes a-t-il maintenant ?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....98	
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG..... <input type="text"/>	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois (y compris votre union actuelle)?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
512	VERIFIER 511: <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> 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? </div> <div style="width: 45%;"> 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? </div> </div>	MOIS..... <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> NSP ANNEE.....98	→515
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514A	VERIFIER 502: ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	515F
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?	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	VERIFIER 301 ET 302: CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/>	NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/>	
	Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?	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 avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
515B	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?	OUI.....1 NON.....2	517
515C	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)?	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	Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
515E	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES <input type="text"/> NSP.....98	517
515F	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS.....000 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	608

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
515G	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</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> </div> </div>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
515H	<p>VERIFIER 515F:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>→ 517</p> </div> </div>		
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"/> <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 → 519</p>	
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>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE GOUV.....12</p> <p>CLINIQUE DE PLANNING FAM.....13</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....14</p> <p>CENTRE SOCIAL.....15</p> <p>AUTRE PUBLIC.....16</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>HOPITAL CONFESIONNEL.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>ABPF.....24</p> <p>CABINET MEDICAL.....25</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....26</p> <p>AUTRE PRIVE MEDICAL.....27</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....31</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>AMIS/PARENTS.....33</p> <p>STATION D'ESSENCE.....34</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
519	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/> <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	VERIFIER 314: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> <div> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612
602	VERIFIER 227: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préférez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants? </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez vous avoir un autre enfant, ou préférez-vous ne pas avoir d'autres enfants? </div> </div>	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 INDECISE/NSP.....8	606 604
603	VERIFIER 602: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ↓ Combien de temps, voudriez- vous attendre, à partir de maintenant, avant la nais- sance d'un (autre) enfant? </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant? </div> </div>	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998	606
604	VERIFIER 602: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ↓ </div> <div> ENCEINTE <input type="checkbox"/> </div> </div>		607
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou indifférente?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 INDIFFERENTE.....3	
606	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> PAS POSEE <input type="checkbox"/> </div> <div> N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/> </div> <div> UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/> </div> </div>		612
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	609
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	610
609	Quelle méthode préférez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	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?	<p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE</p> <p>RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22</p> <p>MENOPAUSEE/HYSTERECTIONIE.....23</p> <p>SOUS-FECONDE/STERILE.....24</p> <p>VEUT DES ENFANTS.....26</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 A UNE METHODE</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</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→612
611	Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
612	<p>VERIFIER 216:</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></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>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE..... 96</p> <p>(PRECISER)</p>	→614
613	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien cela n'a-t-il pas d'importance?	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE..... 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE..... 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE..... 96</p> <p>(PRECISER)</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3																			
615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : A la radio? A la télévision?	<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>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1	1	2	8	TELEVISION.....1	1	2	8							
	ACCEP- TABLE	NON ACCEP- TABLE	NSP																		
RADIO.....1	1	2	8																		
TELEVISION.....1	1	2	8																		
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale: A la radio? A la télévision? Dans les journaux ou les magazines? Dans une affiche? Dans un prospectus ou une brochure?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2	AFFICHE.....1	1	2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	1	2	
	OUI	NON																			
RADIO.....1	1	2																			
TELEVISION.....1	1	2																			
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2																			
AFFICHE.....1	1	2																			
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	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?	OUI.....1 NON.....2	→ 620																		
619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F FILS.....G BELLE-MERE.....H BEAU-PERE.....I AMIE(S)/VOISINS.....J AUTRE _____ X (PRECISER)																			
620	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <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 INDIFFERENT.....3 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	VERIFIER 502 ET 504 : <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 25%;"> ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 25%;"> A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 25%;"> N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME </div> <div style="width: 25%;"> <input type="checkbox"/> </div> </div>		→ 703 → 709		
702	Quel âge a votre mari/conjoint actuellement?	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 ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....8	→ 706		
705	Quelle est la dernière classe, qu'il a achevée à ce niveau? (CONVERTIR EN NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES)	NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES... NSP.....98	<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	VERIFIER 706: 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		
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→ 801		
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<input type="text"/>		
713	VERIFIER 712: 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 sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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 ou 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.....	<input type="text"/>
718	Pendant les mois où vous avez travaillé combien de jours par semaine, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/> →720
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/>
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→723
721	Combien d'argent gagnez-vous habituellement pour ce travail? INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois, ou par an?	P/HEURE....1 P/JOUR....2 P/SEMAINE..3 P/MOIS....4 P/ANNEE....5 AUTRE _____ 99999996 (PRECISER)	
722	VERIFIER 502 : OUI, ACTUEL. MARIEE 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 <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	
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 NE DEPUIS JANVIER 1993 OU AGE DE 3 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→801
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)	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 801L
801B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	→ 801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 801K
801E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→ 801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SECTEUR PUBLIC HOPITAL GOUVERNEMENTAL.....A CENTRE DE SANTE GOUV.....B CLINIQUE DE PF.....C AGENT DE TERRAIN.....D CENTRE SOCIAL.....E AUTRE PUBLIC.....F (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....G HOPITAL CONFESSIONNEL.....H PHARMACIE.....I ABPF.....J CABINET MEDICAL.....K AGENT DE TERRAIN.....L AUTRE PRIVE MEDICAL.....M AUTRE (PRECISER) BOUTIQUE/MARCHE.....N AMI(E)S/PARENTS.....O GUERISSEUR TRADIT.....P AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Z	
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 DECLARE.	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"/>	802
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	811C
802	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	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 DECLARE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES.....C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSION DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRESSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I OBJETS SOUILLES.....J 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.....B	807
804	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES....D EVITER LES PROSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG.....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....J CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....K AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808	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?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8	
808A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant qu'elle porte en son sein ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	
809	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	809C 811A
809B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	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.....G N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....H N'A PAS D'INJECTIONS.....I AUTRE.....X (PRECISER)	811A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANTS) d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS.....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I AUTRE.....X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
811A	<p>Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?</p> <p>SI OUI, Qu'avez-vous fait?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A</p> <p>ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B</p> <p>COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C</p> <p>LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D</p> <p>REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES.....E</p> <p>DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F</p> <p>ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....G</p> <p>ARRETE INJECTIONS.....H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>	811C
811B	<p>Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A</p> <p>A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B</p> <p>A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C</p> <p>SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D</p> <p>A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES..E</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y</p> <p>NSP.....Z</p>	
811C	<p>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?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	8111
811D	<p>VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		901
811E	<p>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?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	8111
811F	<p>Connaissez-vous le nom de la marque de condom que vous utilisez en ce moment?</p> <p>NOTER LE NOM DE LA MARQUE</p>	<p>NOM DE LA MARQUE</p> <p>PRUDENCE.....1</p> <p>AUTRE _____ 6</p> <p>NSP.....8</p>	8111
811G	<p>Selon vous, PRUDENCE est-elle de qualité supérieure, de qualité égale ou de qualité inférieure aux autres marques de condom?</p>	<p>QUALITE</p> <p>SUPERIEURE.....1</p> <p>EGALE.....2</p> <p>INFERIEURE.....3</p> <p>NSP.....8</p>	
811H	<p>Combien de condoms de marque PRUDENCE avez-vous utilisé durant les quatre dernières semaines?</p> <p>INSCRIRE LE NOMBRE.</p>	<p>QUANTITE</p> <p>NOMBRE DE PRUDENCE..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	
811I	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	

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	SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT)	<input type="text"/> → 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"/>
-----	--	---------------------------------------	---

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
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.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [2] ↘	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [3] ↘	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [4] ↘	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [5] ↘	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [6] ↘	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ 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"/> ↙ 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> ↙ 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> ↙ 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> ↙ 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> ↙ 910 NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> ↙ 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 FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙
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"/> 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]

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.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [8] ↙	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [9] ↙	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [10] ↙	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [11] ↙	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [12] ↙	OUI.....1 NON.....2 908 ↙ NSP.....8 PASSER A [13] ↙
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ↙ NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ↙ NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ↙ NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ↙ NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ↙ NSP.....98	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2	OUI.....1 914 ↙ NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2	OUI.....1 915 ↙ NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙	OUI.....1 NON.....2 915 ↙
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"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]

SI PLUS DE FRÈRE/SOEUR, PASSER A 916

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

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAIS. DEPUIS JAN. 1993	<input type="checkbox"/>	PAS DE NAIS. DEPUIS JAN. 1993	<input type="checkbox"/>	→ FIN
------	--	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-------

A 1002 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1993 ET TOUJOURS VIVANT. A 1003 ET 1004, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE TOUS LES ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1993. A 1006 ET 1008 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS. (NOTE: TOUTES LES ENQUETES QUI ONT EU UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1993 DOIVENT ETRE PESEES ET MEASUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES. S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1993 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE SELON Q.212		<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
1003 NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1004 DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNEE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	JOUR..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNEE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
1005 CICATRICE DU BCG AU BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2
1006 TAILLE (en centimètres)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
1007 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008 POIDS (en kilogrammes)	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	0 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	0 <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
1009 DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNEE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	JOUR..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNEE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	JOUR..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MOIS..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div> ANNEE..... <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
1010 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)
1011 NOM DE L'OPERATEUR:	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	NOM DE L'ASSISTANT: <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	

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: _____

39