

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE  
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

Confidentiel

IDENTIFICATION	
NOM DE LA PREFECTURE.....	CODES <input type="text"/> <input type="text"/>
SOUS-PREFECTURE.....	
COMMUNE.....	
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....	<input type="text"/>
NUMERO DE GRAPPE.....	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
VILLAGE/QUARTIER.....	
NUMERO DU MENAGE.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____	<input type="text"/> <input type="text"/>

VISITES DE L'ENQUETRICE				
	1	2	3	DERNIERE VISITE
DATE				JOUR <input type="text"/> <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> <input type="text"/> NOM <input type="text"/> RESULTAT <input type="text"/>
NOM DE L'ENQUETRICE				
RESULTAT				
PROCHAINE DATE VISITE: HEURE			<div style="background-color: black; width: 100px; height: 20px;"></div>	NOMBRE TOTAL DE VISITES <input type="text"/>
CODES RESULTAT 1 COMPLETE      4 REFUSE      7 AUTRE _____ 2 PAS A LA MAISON    5 PARTIELLEMENT REMPLI    (spécifier) 3 DIFFERE      6 INCAPACITE				

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....	<input type="text" value="1"/>
LANGUE DE L'INTERVIEW _____	<input type="text"/>
INTERPRETE: OUI (=1) / NON (=2)	<input type="text"/>
CODES LANGUE:      1 FRANCAIS      2 SANGO      3 AUTRE	

SUPERVISION	CONTROLE TERRAIN	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	NOM _____ <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
DATE _____	DATE _____		

## SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Bangui ou une autre capitale, dans une ville ou dans un village?	BANGUI/UNE AUTRE CAPITALE.....1 AUTRE VILLE.....2 VILLAGE.....3	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUSE.....96	→ 105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Bangui ou dans une autre capitale, dans une autre ville ou dans un village?	BANGUI/UNE AUTRE CAPITALE.....1 AUTRE VILLE.....2 VILLAGE.....3	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→ 114
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, année) que vous avez achevée à ce niveau?	CLASSE/ANNEE.....	
110	VERIFIER 106: AGEE DE MOINS DE 25 ANS <input type="checkbox"/> AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→ 113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 113
112	Quelle est la raison principale pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 POUR GARDER DES PETITS ENFANTS...03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE DANS LA FERME OU ENTREPRISE...04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS.....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 ETAIT SUFFISAMMENT SCOLARISEE...07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN.....10 N'A PAS D'ACTE DE NAISSANCE.....11  AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
113	VERIFIER 108: PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>		→ 115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 AVEC DIFFICULTE.....2 PAS DU TOUT.....3	→ 116
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
118	Quelle est votre religion?	CATHOLIQUE.....1 PROTESTANTE.....2 MUSULMANE.....3 ANIMISME.....4 AUTRE.....5 (PRECISER)	
119	Quelle est votre ethnie?	HAOUSSA.....01 SARA.....02 MBOM.....03 GBAYA.....04 MANDJIA.....05 BANDA.....06 NGBAKA-BANTOU.....07 YAKOMA-SANGO.....08 ZANDE-NZAKARA.....09 AUTRE.....96 (PRECISER)	
120	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE <input type="checkbox"/> L'ENQUETEE EST RESIDENTE <input type="checkbox"/>		201
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Bangui ou dans une autre capitale, dans une autre ville ou dans un village? SI VILLE: Dans quelle ville vivez-vous? _____ (NOM DE LA VILLE)	BANGUI/AUTRE CAPITALE.....1 AUTRE VILLE.....2 VILLAGE.....3	
122	Dans quelle préfecture vivez-vous habituellement?	OMBELLA-MPOKO.....01 LOBAYE.....02 MAMBERE-KADEI.....03 SANGHA-MBAERE.....04 NANA-MAMBERE.....05 OUHAM-PENDE.....06 OUHAM.....07 KEMO.....08 NANA-GRIBIZI.....09 BAMINGUI-BANGORAN.....10 OUAKA.....11 BASSE-KOTTO.....12 MBOMOU.....13 HAUTE-KOTTO.....14 HAUT-MBOMOU.....15 VAKAGA.....16 BANGUI.....17 ETRANGER.....18	
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement D'où provient l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR.....11 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LA COUR.....21 PUIITS A L'EXTERIEUR DE LA COUR PUIITS SIMPLE.....22 FORAGE/POMPE.....23 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 AUTRE.....96 (PRECISER)	125 125 125 125
124	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996	
125	Quel genre de toilettes y a-t-il dans votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE/LATRINES CLOTUREES.....21 FOSSE/LATRINES NON CLOTUREES.....22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE.....96 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
126	Dans votre ménage, avez-vous?		OUI NON
	L'électricité?	ELECTRICITE.....1	2
	Une radio?	RADIO.....1	2
	Une télévision?	TELEVISION.....1	2
	Le téléphone?	TELEPHONE.....1	2
	Un réfrigérateur?	REFRIGERATEUR.....1	2
127A	PRINCIPAL MATERIAU DU TOIT.		
	Pouvez-vous décrire le toit de votre maison?	TOIT NATUREL BAMBOU.....11 PAILLE.....12 TOIT FINI BETON ARME.....21 TOLE.....22 AUTRE.....96 (PRECISER)	
127B	PRINCIPAL MATERIAU DU MUR.		
	Pouvez-vous décrire le mur de votre maison?	MUR NATUREL TERRE BATTUE.....11 MUR SOMMAIRE BRIQUE DE TERRE.....21 PLANCHE.....22 MUR FINI PARPAING DE CIMENT.....31 BRIQUE CUITE.....32 AUTRE.....96 (PRECISER)	
127C	PRINCIPAL MATERIAU DU PLANCHER.		
	Pouvez-vous décrire le plancher de votre maison?	PLANCHER NATUREL TERRE.....11 PLANCHER SOMMAIRE PLANCHE.....22 PLANCHER FINI CARREAUX.....31 CIMENT.....32 AUTRE.....96 (PRECISER)	
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:		OUI NON
	Une bicyclette?	BICYCLETTE.....1	2
	Une mobylette ou motocyclette?	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE.....1	2
	Une pirogue?	PIROGUE.....1	2
	Une voiture?	VOITURE.....1	2

## SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur les enfants que vous avez eus dans votre vie. Avez-vous des enfants ?	OUI.....1 NON.....2	→206				
202	Avez-vous des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204				
203	Combien de fils habitent avec vous? Et combien de filles habitent avec vous? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
204	Avez-vous des fils ou des filles qui sont vivants mais qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206				
205	Combien avez-vous de fils vivants qui n'habitent pas avec vous? Combien avez-vous de filles vivantes qui n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
206	Avez-vous eu un fils ou une fille né(e) vivant(e), mais décédé(e) par la suite?  SI NON INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou donné 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? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E), NOTER '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205 ET 207 ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E), NOTER '00'.	TOTAL.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
209	VERIFIER 208:  Je voudrais être sûre d'avoir bien compris: vous avez eu au TOTAL ____ enfants durant votre vie. Est-ce bien exact?  OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 ET PASSER A 210						
210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		→227				

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.

INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES JUMEAUX ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier, suivant) enfant?	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 encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIRE L'ÂGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois?  INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE LA NAISSANCE PRECEDENTE  EST-CE QUE LA DIFFERENCE EST 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il d'autres naissances entre (NOM) et (NOM DE L'ENFANT PRECEDENT)?
01 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3		
02 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
03 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
04 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
05 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
06 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
07 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISSA SUIVANTE)	OUI...1 NON...2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	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 encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?  INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois?  INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE LA NAISSANCE PRECEDENTE  EST-CE QUE LA DIFFERENCE EST 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il d'autres naissances entre (NOM) et (NOM DE L'ENFANT PRECEDENT)?

08 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISS SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
09 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISS SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
10 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISS SUIVANTE)	OUI...1 NON...2
11 (NOM)	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3	OUI...1 NON...2 (NAISS SUIVANTE)	OUI...1 NON...2

222	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DU DERNIER ENFANT DE L'ANNEE DE L'INTERVIEW EST-CE QUE LA DIFFERENCE EST DE 4 ANS OU PLUS, POSEZ LA QUESTION :		OUI...1 NON...2 → 224
223	Est-ce que vous avez eu d'autres enfants depuis la naissance de (NOM) ?		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: VERIFIER POUR DETERMINER LE NOMBRE EXACT DE MOIS		
225	VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1991 S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.		<input type="checkbox"/>

N°	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 ?	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 pas tomber enceinte ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	
236	Quand avez-vous eu vos dernières règles ?  (INSCRIRE LA DATE SI ELLE EST FOURNIE)	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....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 chance de tomber enceinte que d'autres ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	239
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a plus de chance de tomber enceinte ?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES.....04  AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	
239	Avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	301
240	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES.....	
241	Parmi ces grossesses combien ont-elles abouti à:  Un avortement?  Une fausse couche?  Un mort né?	AVORTEMENT.....  FAUSSE COUCHE.....  MORT NE.....	
242	Selon vous, quelles sont les principales causes de votre ou vos grossesses perdues?	MANQUE DE CONSULTATION.....A MALADIE.....B SORCELLERIE.....C MALEDICTION.....D AUTRES.....X (PRECISER) NSP.....Y	



### 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. De quels moyens ou méthodes avez-vous entendu parler?

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 301 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.

PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON MENTIONNEE SPONTANEMENT.

ENCERCLER LE CODE 2 SI LA METHODE EST RECONNUE, ET LE CODE 3 SI NON RECONNUE.

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 A 301 OU 2 ENCERCLE A 302, POSER 303 AVANT DE PASSER A LA METHODE SUIVANTE.

301 Quelles sont les méthodes dont vous avez entendu parler?		OUI SPONTANÉ	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)		303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?
		OUI	OUI	NON	
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	INJECTIONS Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
04	IMPLANT Les femmes se font insérer 5 petits bâtonnets dans le bras, sous la peau 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 suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	3	OUI.....1 NON.....2
06	CONDOM Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) 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 Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme 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 la 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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 → 330
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-304 (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, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
310	VERIFIER 303:  FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>	→ 313A
311	VERIFIER 227:  PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>	→ 331
312	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 → 330
313	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER)
313A	ENCERCLER '07' POUR LA STERILISATION FEMININE	→ 325 → 317 → 322 → 325
314	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment?  (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE)	BOITE VUE.....1 NOM DE LA MARQUE <input type="text"/> <input type="text"/> BOITE NON VUE.....2 → 316
315	Connaissez-vous le nom de la marque des pilules que vous utilisez en ce moment?  (INSCRIRE LE NOM DE LA MARQUE)	NOM DE LA MARQUE <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
316	Combien vous coûte une (boîte/cycle) de pilules?	PRIX..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....996 NSP.....998 → 325
317	Où a eu lieu la stérilisation ?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, CENTRE DE SANTE OU CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ETABLISSEMENT. INSISTER POUR CONNAITRE LE TYPE D'INSTALLATION ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  (NOM DE L'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 SOUS-CENTRE DE SANTE.....13 POSTE DE SANTE.....14 AUTRE PUBLIC.....16  SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 MEDECIN PRIVE.....23 AUTRE PRIVE.....26 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98
318	Regrettez-vous d'avoir eu (ou votre mari) l'opération pour ne plus avoir d'enfants ?	OUI.....1 NON.....2 → 320
319	Pourquoi le regrettez-vous?  (Pourquoi regrettez-vous que votre mari ait eu l'opération ?)	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI VEUT AUTRE ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 VEUT REMPLACER ENFANT DECEDE.....04 AUTRE.....96 (PRECISER)
320	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → 326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
322	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de rapports sexuels?	BASE SUR CALENDRIER.....01 BASE SUR TEMPERATURE DU CORPS....02 BASE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE DE BILLINGS).....03 BASE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET LE MUCUS CERVICAL....04 AUCUN SYSTEME PRECIS.....05 AUTRE .....96 (PRECISER)	
325	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE ACTUELLE) de façon continue?  SI MOINS DE 1 MOIS, INSCRIRE '00'.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96	
326	VERIFIER 313:  ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96	→328A →331
327	Où est-ce que vous avez obtenu (METHODE) la dernière fois?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, CENTRE DE SANTE OU CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ETABLISSEMENT. INSISTER POUR CONNAITRE LE TYPE D'INSTALLATION ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE  _____ (NOM DE L'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE SANTE.....12 SOUS-CENTRE DE SANTE.....13 POSTE DE SANTE.....14 AGENT DE TERRAIN.....15 AUTRE PUBLIC.....16  SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 MEDECIN PRIVE.....23 CENTRE DE SANTE.....24 AGENT DE TERRAIN.....25 AUTRE PRIVE.....26  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....31 EGLISE.....32 CONNAISSANCES/PARENTES.....33 AUTRE .....96 (PRECISER)	
328	Connaissez-vous un autre endroit où l'on peut se procurer une méthode de planification familiale ?	OUI.....1 NON.....2	→333
328A	Au moment de l'opération de stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où l'on pouvait recevoir ce même type d'opération?		
329	Les gens peuvent choisir un établissement où se procurer des services de planification familiale pour différentes raisons.  Dans votre cas, quelle est la principale raison pour laquelle vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT EN Q.327 ET Q.317)?  ENREGISTREZ LA REPONSE ET ENCERCLEZ LE CODE QUI CORRESPOND	RAISONS RELATIVES A L'ACCES PROXIMITE MAISON.....11 PROXIMITE MARCHE/TRAVAIL.....12 DISPONIB. DE TRANSPORT.....13  RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ PLUS AIMABLE.....21 PROPRETE DE L'ENDROIT.....22 DISCRETION DE L'ENDROIT.....23 ATTENTE MOINS LONGUE.....24 HORAIRES D'OUVERTURE PLUS LONGS.....25 UTILISATION D'AUTRES SERVICES DANS MEME ENDROIT.....26 MOINS CHER.....31 VOULAIT L'ANONYMAT.....41 AUTRE .....96 (PRECISER) NSP.....98	→333

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
330	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?	NON MARIEE..... 11  RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS..... 22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE..... 23 STERILE/NON FECONDE..... 24 VEUT DES ENFANTS..... 26  OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE..... 31 MARI/CONJOINT OPPOSE..... 32 AUTRES PERS. OPPOSEES..... 33 INTERDITS RELIGIEUX..... 34  MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE..... 41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE..... 42  RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE..... 51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES..... 52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN..... 53 TROP CHERE..... 54 PAS PRATIQUE A UTILISER..... 55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS..... 56  AUCUNE AUTRE RAISON..... 95  AUTRE..... 96 (PRECISER) NSP..... 98	
331	Connaissez-vous un endroit où l'on peut se procurer une méthode de planification familiale ?	OUI..... 1 NON..... 2 → 333	
332	Où est-ce ?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, CENTRE DE SANTE OU CLINIQUE, INSISTER POUR CONNAITRE LE TYPE D'INSTALLATION ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE  _____ (NOM DE L'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..... 11 CENTRE SANTE..... 12 SOUS-CENTRE DE SANTE..... 13 POSTE DE SANTE..... 14 AGENT DE TERRAIN..... 15 AUTRE PUBLIC..... 16  SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE..... 21 PHARMACIE..... 22 MEDECIN PRIVE..... 23 CENTRE DE SANTE..... 24 AGENT DE TERRAIN..... 25 AUTRE PRIVE..... 26  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE..... 31 EGLISE..... 32 CONNAISSANCES/PARENTES..... 33  AUTRE..... 96 (PRECISER)	
333	Avez-vous reçu la visite d'un agent de terrain de planification familiale au cours des 12 derniers mois ?	OUI..... 1 NON..... 2	
334	Avez-vous visité un établissement de santé au cours des 12 derniers mois ?	OUI..... 1 NON..... 2 → 336	
335	Est-ce que quelqu'un dans l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale ?	OUI..... 1 NON..... 2	
336	Pensez-vous que l'allaitement peut influencer les chances qu'a une femme de tomber enceinte?	OUI..... 1 NON..... 2 → 401 NSP..... 8	
337	Pensez-vous que les chances pour une femme de tomber enceinte augmentent, diminuent quand elle allaite?	AUGMENTENT..... 1 → 401 DIMINUENT..... 2 CELA DEPEND..... 3 NSP..... 8	
338	VERIFIER 210:  UN ENFANT OU PLUS <input type="checkbox"/> SANS ENFANTS <input type="checkbox"/>		→ 401
339	Avez-vous déjà utilisé l'allaitement comme moyen d'éviter des grossesses?	OUI..... 1 NON..... 2 → 401	
340	Est-ce que vous utilisez actuellement l'allaitement comme moyen d'éviter une grossesse?	OUI..... 1 NON..... 2	

## SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JAN. 1991 <input type="checkbox"/>	(PASSER A 467)
402	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).		
Maintenant, je voudrais vous poser des questions sur la santé des enfants que vous avez eus durant les trois dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois).			
403	NUMERO DE LIGNE SELON Q212	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- attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus avoir d'enfant?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407a)..... PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407a).....	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407a)..... PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407a).....
406	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998
407A	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concernant cette grossesse?  SI OUI: Qui avez-vous vu? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ET ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN/TSS.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRES PERSONNES MATRONE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410).....	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN/TSS.....A INFIRMIERE/SAGE FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRES PERSONNES MATRONE TRADITIONNELLE.....D AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410).....
407B	Où a eu lieu la première consultation?	DOMICILE.....1 SECTEUR PUBLIC DE SANTE..2 SECTEUR PRIVE DE SANTE ..3	DOMICILE.....1 SECTEUR PUBLIC DE SANTE..2 SECTEUR PRIVE DE SANTE ..3
407C	Avez-vous un carnet de santé où vos consultations sont inscrites?  SI OUI: Puis-je le voir, s'il-vous plaît?	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 PAS DE CARNET.....3
408A	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale? (VERIFIER Q.407c, POUR OUI, VU, ASSUREZ-VOUS NOMBRE DE MOIS LORS DE LA 1ERE CONSULTATION EST BIEN CELUI QUI EST INSCRIT DANS LE CARNET. SINON INSISTER POUR L'OBTENIR POUR CHAQUE ENFANT)	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> NSP.....98
408B	Dans quel but êtes-vous allée en consultation pour la première fois?	PREVENIR COMPLICATIONS...A VACCINATIONS.....B PROBLEME DE SANTE.....C SUIVI NORMAL.....D AUTRES.....X (PRECISER)	PREVENIR COMPLICATIONS...A VACCINATIONS.....B PROBLEME DE SANTE.....C SUIVI NORMAL.....D AUTRES.....X (PRECISER)
409	Combien de consultations prénatales avez-vous eu pendant cette grossesse? (VERIFIER Q.407c, POUR OUI, VU, ASSUREZ-VOUS QUE TOUTES LES CONSULTATIONS SONT INSCRITES DANS LE CARNET. SINON INSISTER POUR OBTENIR AUSSI CELLES NON INSCRITES POUR CHAQUE ENFANT)	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 dos, 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
411	Combien de fois avez-vous eu cette injection durant la grossesse?	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 SOUS-CENTRE DE SANTE...23 POSTE DE SANTE.....24 AUTRE PUBLIC.....26  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....31 CENTRE DE SANTE.....32 AUTRE MEDICAL PRIVE...36  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 SOUS-CENTRE DE SANTE...23 POSTE DE SANTE.....24 AUTRE PUBLIC.....26  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....31 CENTRE DE SANTE.....32 AUTRE MEDICAL PRIVE...36  AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413a	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)?  Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN/TSS.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRES PERSONNES MATRONE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E  AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN/TSS.....A INFIRMIERE/SAGE FEMME..B ASSISTANTE ACCOUCHEUSE..C AUTRES PERSONNES MATRONE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E  AUTRE _____ K (PRECISER) PERSONNE.....Y
413b	Combien vous a coûté l'accouchement de (NOM) en frais médicaux ?  INSISTER POUR OBTENIR LE COUT	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998
414	Au moment de l'accouchement de (NOM) avez-vous eu:  Un long travail, c'est-à-dire des contractions fortes et régulières qui ont duré plus de 12 heures?  Des saignements excessifs juste après la naissance?  Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes?  Des convulsions non liées à la fièvre.	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 (PLUS DE 12 HEURES) SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE/MAUVAISE ODEUR/ PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 (PLUS DE 12 HEURES) SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE/MAUVAISE ODEUR/ PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2
415	Avez-vous accouché de (NOM) par césarienne?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
416	Quand (NOM) est né(e), était-il/elle: très gros(se), plus gros(se) que la moyenne, moyen(ne), plus petit(e) que la moyenne, ou très petit?	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8	TRES GROS.....1 PLUS GROS QUE MOYENNE...2 MOYEN.....3 PLUS PETIT QUE MOYENNE...4 TRES PETIT.....5 NSP.....8
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-il/elle?  ENREGISTRER LE POIDS DU CARNET DE SANTE, SI POSSIBLE.	GRAMMES....1... [ ][ ][ ] DU CARNET GRAMMES....2... [ ][ ][ ] DE LA MEMOIRE NSP.....9998	GRAMMES....1... [ ][ ][ ] DU CARNET GRAMMES....2... [ ][ ][ ] DE LA MEMOIRE NSP.....9998
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..... [ ][ ] NSP.....98	MOIS..... [ ][ ] NSP.....98

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
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 au sein (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)
426	Combien de temps après sa naissance, avez-vous mis (NOM) au sein pour la première fois?  SI MOINS D'1 HEURE, ENREGISTRER '00' HEURE.  SI MOINS DE 24 HEURES, ENREGISTRER DES HEURES.  AUTREMENT, ENREGISTRER DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>
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	Allaitez-vous encore au sein (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 432)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 432)
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité au sein (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter au sein (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 442)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 434) RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 442)
432	Combien de fois avez-vous allaité au sein la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE NUITS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE NUITS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
433	Combien de fois avez-vous allaité au sein hier pendant les heures de la journée?  SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENT DE JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
434	(NOM) a-t-il bu quelque chose au biberon hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
435	A n'importe quel moment hier ou la nuit dernière, avez-vous donné à (NOM) un des aliments ou boissons suivantes? Eau? Eau sucrée? Jus de fruits? Tisane? Lait en bolte pour bébé? Lait frais? Lait en poudre ou en boîte? Autres liquides? Aliment à base de maïs (COULOU)  Aliment à base de manioc  Oeufs, poissons, volaille? Viande? Autre aliment solide ou semi-solide?	OUI NON NSP EAU.....1 2 8 EAU SUCREE.....1 2 8 JUS.....1 2 8 TISANE.....1 2 8 LAIT BOITE BEBE.....1 2 8 LAIT FRAIS.....1 2 8 LAIT POUDRE/BOITE.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8 ALIMENTS A BASE DE MAIS.....1 2 8 ALIMENT A BASE DE MANIOC.....1 2 8 OEUF/POISSON/VOL.....1 2 8 VIANDE.....1 2 8 AUTRE ALIMENT SOLIDE/SEMI-SOLIDE.....1 2 8		OUI NON NSP EAU.....1 2 8 EAU SUCREE.....1 2 8 JUS.....1 2 8 TISANE.....1 2 8 LAIT BOITE BEBE.....1 2 8 LAIT FRAIS.....1 2 8 LAIT POUDRE/BOITE.....1 2 8 AUTRES LIQUIDES.....1 2 8 ALIMENTS A BASE DE MAIS.....1 2 8 ALIMENT A BASE DE MANIOC.....1 2 8 OEUF/POISSON/VOL.....1 2 8 VIANDE.....1 2 8 AUTRE ALIMENT SOLIDE/SEMI-SOLIDE.....1 2 8	
436	VERIFIER 435:  NOURRITURE OU LIQUIDE DONNEE HIER?	"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS (PASSER A 439)	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (PASSER A 439)	"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS (PASSER A 439)	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (PASSER A 439)
437	VERIFIER 428:  ALLAITE ENCORE?	"OUI" <input type="checkbox"/> (PASSER A 439)	"NON" OU NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 439)	"OUI" <input type="checkbox"/> (PASSER A 439)	"NON" OU NON POSEE <input type="checkbox"/> (PASSER A 439)
438	(NOM) a-t-il/elle eu quelque chose d'autre que le lait maternel à manger ou à boire hier, pendant la journée ou pendant la nuit?  SI OUI: Qu'est-ce que (NOM) a mangé ou bu? CORRIGER 435:	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)	
439	(A part l'allaitement) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier un repas, y compris les liquides?  SI 7 OU PLUS ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....8		NOMBRE DE FOIS..... NSP.....8	
440	Combien de jours sur les 7 derniers jours (NOM) a-t-il reçu un des éléments suivants?  Eau? Lait (autre que le lait maternel)? Autres liquides? Aliment à base de maïs Aliment à base de manioc Oeufs, poissons, volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides?  SI NE SAIT PAS ENREGISTRER '8'	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS. SI PAS REÇU, INSCRIRE '0' EAU..... LAIT..... AUTRES LIQUIDES..... ALIMENT A BASE DE MAIS..... ALIMENT A BASE DE MANIOC..... OEUF/POISSON/VOL..... VIANDE..... AUTRE ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE.....		ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS. SI PAS REÇU, INSCRIRE '0' EAU..... LAIT..... AUTRES LIQUIDES..... ALIMENT A BASE DE MAIS..... ALIMENT A BASE DE MANIOC..... OEUF/POISSON/VOL..... VIANDE..... AUTRE ALIMENT SOLIDE OU SEMI-SOLIDE.....	
441		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 442.		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 442.	



## SECTION 4B. IMMUNISATION ET SANTÉ

442 INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).			
443	NUMERO DE LIGNE SELON Q212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE.....
444	SELON Q212 ET Q216	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 444 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 467)	NOM VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 444 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 467)
445	Avez-vous un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je le voir, s'il-vous plaît?	OUI, VU.....1 (PASSER A 447).....1 OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 449).....2 PAS DE CARNET.....3	OUI, VU.....1 (PASSER A 447).....1 OUI, PAS VU.....2 (PASSER A 449).....2 PAS DE CARNET.....3
446	Avez-vous déjà eu un carnet de vaccinations pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 449).....1 NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 449).....1 NON.....2
447	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATION POUR CHAQUE VACCIN A PARTIR DU CARNET.  (2) INSCRIRE "44" DANS LA COLONNE 'JOUR', SI LE CARNET INDIQUE QU'UNE VACCINATION A ETE FAITE MAIS QUE LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE.  BCG POLIO 0 (A LA NAISSANCE) POLIO 1 POLIO 2 POLIO 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 ROUGEOLE FIEVRE JAUNE	J M A BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG..... FIEVRE.....	J M A BCG..... P0..... P1..... P2..... P3..... D1..... D2..... D3..... ROUG..... FIEVRE.....
448	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur le carnet?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 447).....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 451).....1	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 447).....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 451).....1
449	(NOM) a-t-il/elle déjà reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 451).....1 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 451).....1 NSP.....8
450	Dites-moi SVP, si (NOM) a reçu l'une des vaccinations suivantes:		
450A	Le BCG, une vaccination contre la tuberculose qui est une injection faite dans l'avant-bras gauche qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450E).....1 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450E).....1 NSP.....8
450C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS.....	NOMBRE DE FOIS.....
450D	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

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM	NOM
450E	Le vaccin contre le DTCoq qui est une injection, habituellement donnée au dos en même temps que le Polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450G)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450G)← NSP.....8
450F	Combien de fois ?	NOMBRE DE FOIS.....	NOMBRE DE FOIS.....
450G	Une injection sur le bras droit pour prévenir la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450H	Une injection sur le bras gauche pour prévenir la fièvre jaune?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
451	(NON) a-t-il/elle eu de la fièvre à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	(NON) a-t-il/elle souffert de la toux à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)← NSP.....8
453	Quand (NON) 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
454	Avez-vous demandé des conseils ou des traitements pour la fièvre/toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)←
455	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  Nulle part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE...C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE...L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O  AUTRE (PRECISER) X	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE...C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE...L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O  AUTRE (PRECISER) X
455A	Combien avez-vous payé pour ce conseil ou ce traitement?	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998
455B	Des médicaments étaient-ils prescrits pour ce traitement?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 456)← NSP.....8
455C	Avez-vous obtenu ces médicaments au lieu où ils vous ont été prescrits, ou ailleurs?	AU LIEU MEME.....A AILLEURS.....B PAS OBTENU.....C (PASSER A 456)←	AU LIEU MEME.....A AILLEURS.....B PAS OBTENU.....C (PASSER A 456)←
455D	Combien avez-vous payé pour ces médicaments?	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998
456	(NON) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466)← NSP.....8
457	Y avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
458	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il/elle eu?	NOMBRE DE FOIS A LA SELLE..... NSP.....98	NOMBRE DE FOIS A LA SELLE..... NSP.....98
459	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de liquide à boire qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
460	(NOM) a-t-il/elle reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
461	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide préparé à partir d'un sachet spécial de poudre appelé (SEL DE RENDYDRATION PAR VOIE ORALE - SRO)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
462	(NOM) a-t-il/elle reçu autre chose pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)..... NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)..... NSP.....8
463	Qu'est-ce qui lui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	LIQUIDE MAISON.....A COMPRIME OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE.....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....E  AUTRE.....X (PRECISER)	LIQUIDE MAISON.....A COMPRIME OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE.....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....E  AUTRE.....X (PRECISER)
464	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement contre la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466).....	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466).....
465	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  Nulle part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE.....C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE.....L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O  AUTRE.....X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE.....C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE.....L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O  AUTRE.....X (PRECISER)
465A	Combien avez-vous payé pour ce conseil ou ce traitement?	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998
465B	Des médicaments étaient-ils prescrits pour ce traitement?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466)..... NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 466)..... NSP.....8
465C	Avez-vous obtenu ces médicaments au lieu où ils vous ont été prescrits, ou ailleurs?	AU LIEU MEME.....A AILLEURS.....B PAS OBTENU.....C (PASSER A 466).....	AU LIEU MEME.....A AILLEURS.....B PAS OBTENU.....C (PASSER A 466).....
465D	Combien avez-vous payé pour ces médicaments?	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998	COUT EN F CFA [ ][ ][ ][ ][ ][ ] GRATUIT.....000000 NSP.....999998
466		RETOURNER A 444 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 467.	RETOURNER A 444 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 467.

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
467	Quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de liquides que d'habitude, la même quantité de liquides ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8	
468	Quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de nourriture que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS DE NOURRITURE.....1 LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE NOURRITURE.....3 NSP.....8	
469	A partir de quel moment un enfant qui a la diarrhée doit être emmené chez un agent de santé ou dans un centre de santé?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	APRES SELLES LIQUIDES REPETES.....A DES LES PREMIERES SELLES LIQUIDES..B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES LES PREMIERS VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN.....H DEVIENT TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Y	
470	A partir de quel moment un enfant qui a de la toux doit être emmené chez un agent de santé ou dans un centre de santé?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN.....F DEVIENT TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Y	
471	VERIFIER 461, TOUTES LES COLONNES:  AUCUN ENFANT N'A RECU LE SRO <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU LE SRO <input type="checkbox"/>  OU QUESTION NON POSEE.		473
472	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé (SEL DE REHYDRATATION) qu'on peut prendre pour traiter la diarrhée ?	OUI.....1 NON.....2	

## SECTION 4C : CAUSES DE DECES

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
473	<b>VERIFIER 225:</b> AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JAN. 1991 <input type="checkbox"/>	(PASSER A 501)
INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES LES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.			
474	NUMERO DE LIGNE SELON Q212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/>
475	<b>VERIFIER 212 ET 216</b>	NOM ..... DECEDE <input type="checkbox"/> VIVANT <input type="checkbox"/> → 501	NOM ..... DECEDE <input type="checkbox"/> VIVANT <input type="checkbox"/> → 501
Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de ce qui s'est passé et des symptômes que (NOM) a eus durant la période qui a précédé son décès. Je sais qu'il est pénible de parler des enfants que vous avez eu et qui sont décédés par la suite, mais ces informations sont très utiles pour la mise en place de programmes de santé et ainsi éviter le décès d'autres enfants.			
476A	Selon vous, quelle a été la cause du décès de (NOM)?	CAUSE DU DECES <input type="text"/> (MALADIE)	CAUSE DU DECES <input type="text"/> (MALADIE)
476B	Durant la maladie qui a causé le décès de (NOM) avez-vous demandé des conseils ou traitements quelque part? SI OUI, PRECISER. ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE...C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE...L AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHÉ.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O AUTRE.....X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE...C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVE...L AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHÉ.....M GUERISSEUR TRAD.....N AMIS/PARENTS.....O AUTRE.....X (PRECISER)
476C	Où a eu lieu le décès de (NOM)?	DOMICILE.....1 DANS UN SERVICE DE SANTE.2 EN SE RENDANT AU SERVICE DE SANTE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER)	DOMICILE.....1 DANS UN SERVICE DE SANTE.2 EN SE RENDANT AU SERVICE DE SANTE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER)
477	<b>VERIFIER Q.219 AGE AU DECES</b>	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/> 1 MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> → 481A	MOINS DE 1 MOIS <input type="checkbox"/> 1 MOIS OU PLUS <input type="checkbox"/> → 481A
478A	(NOM) est-il/elle né(e) à la suite d'un accouchement difficile?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
478B	(NOM) est-il/elle né(e) avec une malformation?	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 (PRECISER) NON.....2 NSP.....8
478C	Pendant les deux premiers jours de sa vie est-ce que (NOM) tétait ou buvait normalement?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
478D	Pendant les jours qui ont précédé le décès, est-ce que (NOM) tétait moins ou avec difficulté?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
478E	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions ou des spasmes?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM		NOM	
479A	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 480 )	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 480 )		
479B	Combien de temps a duré la toux? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER '00'.	JOURS.....	JOURS.....		
479C	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle une respiration difficile/rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 480 )	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 480 )		
479D	Combien de temps a duré la respiration difficile/rapide? SI MOINS D'UN JOUR, ENREGISTRER '00'.	JOURS.....	JOURS.....		
480 RETOURNER Q. 475 POUR L'ENFANT DECEDÉ SUIVANT, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDÉ PASSER A Q.501.					
481A	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu des selles très molles ou liquides, c'est-à-dire a-t-il/elle eu la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 482A)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 482A)		
481B	Quand (NOM) avait la diarrhée, avait-il/elle des selles liquides très souvent, souvent, ou de temps en temps?	TRES SOUVENT/SANS ARRET..1 SOUVENT.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	TRES SOUVENT/SANS ARRET..1 SOUVENT.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3		
481C	Combien de temps a duré la diarrhée? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERLER LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERLER LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERLER LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998		
481D	Y'avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
482A	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle souffert de la toux?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 483A)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 483A)		
482B	Combien de temps a duré la toux? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERLER LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERLER LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERLER LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998		
482C	Quand (NOM) souffrait de la toux, avait-il/elle une respiration difficile/rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 483A)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 483A)		
482D	Combien de temps a duré la respiration difficile/rap. SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERLER LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERLER LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERLER LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998		
483A	(NOM) a-t-il/elle eu de la fièvre durant la maladie qui a causé sa mort?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 484A)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 482A)		
483B	La fièvre de (NOM) était-elle modérée ou sévère?	MODEREE.....1 SEVERE.....2 NSP.....8	MODEREE.....1 SEVERE.....2 NSP.....8		
483C	Combien de temps a duré la dernière fièvre? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERLER LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERLER LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERLER LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998		

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
483D	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) était-il inconscient?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
483E	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu des convulsions?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
484A	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) a-t-il/elle eu une éruption de boutons sur tout le corps et le visage?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 485A)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 485A)←
484B	Combien de temps a duré la dernière éruption de boutons? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERCLE LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERCLE LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERCLE LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
485A	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) était-il/elle très maigre?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 486)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 486)←
485B	Combien de temps (NOM) était resté très maigre? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERCLE LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERCLE LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERCLE LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
485C	Pendant la maladie qui a conduit au décès, (NOM) avait-il/elle les pieds ou les jambes enflés?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 486)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 486)←
485D	Pendant combien de temps? SI MOINS D'UNE SEMAINE, ENREGISTRER EN "JOURS" ET ENCLERCLE LE CODE '1', SI UNE SEMAINE OU PLUS ET MOINS D'UN MOIS, ENREGISTRER EN "SEMAINES" ET ENCLERCLE LE CODE '2', SI UN MOIS OU PLUS, ENREGISTRER EN "MOIS" ET ENCLERCLE LE CODE '3'.	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 NSP.....998
486	RETOURNER Q. 475 POUR L'ENFANT DECEDE SUIVANT, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT DECEDE PASSER A Q.501.		

## SECTION 5, MARIAGE ET ACTIVITE SEXUELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANT MOINS DE 10 ANS.....1 2 MARI.....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 régulier, un partenaire occasionnel ou pas de partenaire du tout?	PARTENAIRE REGULIER.....1 PARTENAIRE OCCASIONNEL.....2 PAS DE PARTENAIRE.....3	
504	Avez-vous déjà été mariée ou vécu avec un homme?	OUI, FORMELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	→511 →515
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée, séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPARÉE.....3	→511
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	→508
507b	VERIFIER AVEC L'ENQUETEE L'ENREGISTREMENT EXACT DE SON MARI DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE ET INSCRIRE SON NUMERO DE LIGNE	NUMERO DE LIGNE DU MARI..... DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE	
508	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres épouses en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	→511
509	Combien d'autres épouses a-t-il?	NOMBRE..... NSP.....98	→511
510	Etes-vous la première, la deuxième, la troisième... épouse?	RANG.....	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu en union avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2	
512	VERIFIER 511: MARIEE/VECU AVEC UN HOMME UNE FOIS En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari/partenaire? MARIEE/VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS Maintenant nous parlons de votre premier mari/partenaire. En quel mois et quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre premier mari/partenaire?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	→514
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec votre premier mari?	AGE.....	
514	Quel lien de parenté y a-t-il entre vous et votre premier mari?	COUSINE MATERNELLE.....1 COUSINE PATERNELLE.....2 NIECE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER) SANS LIEN.....7	
515	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Il y a combien de temps avez-vous eu votre dernier rapport sexuel?	JAMAIS EU.....000 NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 NOMBRE D'ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE.....996	→607
516	VERIFIER 301 et 302: CONNAIT LE CONDOM Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom? NE CONNAIT PAS LE CONDOM Certains hommes mettent un condom, c'est-à-dire une capote anglaise sur leur pénis pendant l'acte sexuel. Lors de votre dernier rapport sexuel, avez-vous utilisé un condom?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
517	Savez-vous où vous pouvez obtenir les condoms?	OUI.....1 NON.....2	→519



N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518	Où pouvez-vous obtenir ces condoms?  SI LE LIEU EST UN HOPITAL, UN CENTRE DE SANTE OU UNE CLINIQUE INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.	SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL D'ETAT.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE.....C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE PRIVE.....L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHÉ.....M EGLISE/CENTRE RELIGIEUX.....N AMIS/PARENTS.....O  AUTRE.....X (PRECISER)	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... AU MOMENT DU MARIAGE .....96	
520	VERIFIEZ 502: ACTUELLEMENT MARIEE OU VIT AVEC QUELQU'UN	PAS ACTUELLEMENT MARIEE ET NE VIT PAS AVEC QUELQU'UN	529
521	Avez-vous eu des rapports sexuels avec votre mari/l'homme avec qui vous vivez, dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 → 524	
522	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....98	
523	Un condom s'est-il été utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3	
524	Avec qui vous avez eu des rapports sexuels la dernière fois? Avec votre mari/l'homme avec qui vous vivez ou avec quelqu'un d'autre?	MARI.....1 HOMME AVEC QUI ELLE VIT.....2 QUELQU'UN D'AUTRE.....3	
525	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un autre que votre mari/l'homme avec qui vous vivez dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 → 601	
526	Avec combien de personnes autres que votre mari/l'homme avec qui vous vivez avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE PERSONNES..... NSP.....98	
527	Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un autre que votre mari/l'homme avec qui vous vivez, dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....98	
528	Un condom était-il utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il à chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 → 533 JAMAIS.....3 → 601	
529	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 → 601	
530	Avec combien de personnes avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE PERSONNES..... NSP.....98	
531	Combien de fois avez-vous eu des rapports sexuels dans les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... NSP.....98	
532	Un condom était-il utilisé dans l'une de ces occasions? SI OUI: L'était-il chaque fois ou quelques fois?	OUI, CHAQUE FOIS.....1 OUI, QUELQUES FOIS.....2 JAMAIS.....3 → 601	
533	Pourquoi avez-vous utilisé le condom? (VERIFIER Q.523, Q528, Q532, AU MOINS UN OUI)	PREVENIR UNE GROSSESSE.....A PREVENIR UNE MST.....B PREVENIR LE SIDA.....C AUTRE.....X (PRECISER)	

## SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	VERIFIER 313: NI LUI, NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>		613
602	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir (d'autres) d'enfants? Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 NE PEUT PLUS ETRE ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	606 604
603	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'un (autre) enfant? Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....993 NE PEUT PLUS ETRE ENCEINTE.....994 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE.....996 (PRECISER) NSP.....998	606
604	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		607
605	Si vous tombiez enceinte dans quelques semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou cela n'a-t-il pas d'importance?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 PAS D'IMPORTANCE.....3	
606	VERIFIER 312: UTILISE UNE METHODE? QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/> N'UTILISE PAS DE METHODE <input type="checkbox"/> UTILISE UNE METHODE <input type="checkbox"/>		613
607	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode pour éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	609
608	Avez-vous l'intention d'en utiliser une dans le futur?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	610
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTIONS.....03 IMPLANTS.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....96 (PRECISER) PAS SURE OU NSP.....98	613
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 STERILE/NON FECONDE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDS.....52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
611	VERIFIER 610: CODE 11 ENCECERLE <input type="checkbox"/> CODE 11 NON ENCECERLE <input type="checkbox"/>		→613
612	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
613	VERIFIER 216: A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/> N'A PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/>  Si vous pouviez retourner à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et choisir exactement le nombre d'enfants que vous voudriez avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?  INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE	NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96  NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96  NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96	→615
614	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons et combien souhaiteriez-vous de filles?	GARÇONS NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96  FILLES NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96  N'IMPORTE NOMBRE..... AUTRE (PRECISER) 96	
615	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
616	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données:  A la radio? A la télévision?	ACCEPT- PAS ABLE ACCEPT- NSP RADIO.....1 2 8 TELEVISION.....1 2 8	
617	Durant les 6 derniers mois, avez-vous entendu ou appris quelque chose sur la planification familiale:  A la radio? A la télévision? Dans les journaux ou les magazines? Sur une affiche? Sur un prospectus ou une brochure?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES.....1 2 AFFICHE.....1 2 PROSPECTUS OU BROCHURES.....1 2	
618	Suivez-vous habituellement les émissions suivantes?  Radio rurale magazine? Santé Magazine?	OUI NON RADIO RURALE MAGAZINE.....1 2 SANTE MAGAZINE.....1 2	
619	Durant les 6 derniers mois, avez-vous parlé de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos parents ou vos voisins?	OUI.....1 NON.....2	→621
620	Avec qui?  Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F BELLE-MERE.....G AUTRES PARENTS.....H AMIS/VOISINS.....I  AUTRE (PRECISER) X	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
621	<b>VERIFIER 502:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>OUI, ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/></div> <div>OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></div> <div>NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/></div> </div>		625
622	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale.  Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
623	Discutez-vous souvent avec votre mari/conjoint de la planification familiale?	JAMAIS DISCUTE.....1 UNE FOIS OU DEUX.....2 TRES SOUVENT (PLUS DE DEUX FOIS)...3	
624	Pensez-vous que votre mari/conjoint souhaite le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 DAVANTAGE.....2 MOINS.....3 NSP.....8	
625	<b>VERIFIER 515:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>A EU RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></div> <div>N'A JAMAIS EU RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></div> </div>		701
626	Parfois, une femme tombe enceinte alors qu'elle ne le voulait pas. Etes-vous déjà tombée enceinte, alors que vous ne le vouliez pas?	OUI.....1 NON.....2	701
627	Quand êtes-vous tombée enceinte pour la dernière fois sans le vouloir?	NOMBRE D'ANNEES..... <input type="text"/>	
628	Qu'est ce que vous avez fait quand cela vous est arrivé?	A STOPPE LA GROSSESSE.....01 A ESSAYE DE STOPPER LA GROSSESSE MAIS A ECHUE.....02 A EU UNE FAUSSE-COUCHE.....03 RIEN/A FINI SA GROSSESSE.....04 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98	631 634
629	Qu'est ce qui a été fait, pour cela?	PRIERES.....A TRAVAIL EXTENUANT.....B BOISSONS AMERES (HERBES).....C MEDICAMENTS.....D MASSAGES/PRESSIONS SUR L'ABDOMEN...E CATHETERE/OBJET DANS LES TROMPES...F INJECTION.....G ASPIRATION.....H CURETAGE.....I AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
630	Qui vous a conseillé cette pratique?  Quelqu'un d'autre?	MEDECIN/TSS.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME.....B MATRONE TRADITIONNELLE.....C PHARMACIEN.....D FAMILLE/AMI(E)S.....E AUTRE.....X (PRECISER) PERSONNE.....Y	
631	Avez-vous eu des problèmes de santé, à la suite de cela?	OUI.....1 NON.....2	634
632	A-t-il été nécessaire de vous hospitaliser?	OUI.....1 NON.....2	634
633	Combien de nuits avez-vous passé à l'hôpital?  SI AUCUNE NUIT, ENREGISTRER '00'.	NUITS A L'HOPITAL..... <input type="text"/>	
634	Avez-vous jamais eu une grossesse non désirée que vous (ou quelqu'un d'autre) avez stoppé?	OUI.....1 NON.....2	

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VERIFIER 504:</p> <p>NON POSEE <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/></p> <p>POSER QUESTIONS SUR MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p> <p>POSER QUESTIONS SUR MARI/CONJOINT ACTUEL OU LE PLUS RECENT</p>	<p>NON <input type="checkbox"/> → 708</p>	
701A	Quel est l'âge de votre mari/conjoint?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/>	
701B	Quelle est la religion de votre mari/conjoint?	<p>CATHOLIQUE.....1</p> <p>PROTESTANTE.....2</p> <p>MUSULMANE.....3</p> <p>ANIMISME.....4</p> <p>AUTRE.....5</p> <p>(PRECISER)</p>	
701C	Quelle est l'ethnie de votre mari/conjoint?	<p>HAOUSSA.....01</p> <p>SARA.....02</p> <p>MBOLM.....03</p> <p>GBAYA.....04</p> <p>MANDJIA.....05</p> <p>BANDA.....06</p> <p>NGBAKA-BANTOU.....07</p> <p>YAKOMA-SANGO.....08</p> <p>ZANDE-NZAKARA.....09</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
702	Est-ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 705</p>	
703	Quel est le niveau d'études le plus élevé qu'il a atteint? primaire, secondaire ou supérieur?	<p>PRIMAIRE.....1</p> <p>SECONDAIRE.....2</p> <p>SUPERIEUR.....3</p> <p>NSP.....8 → 705</p>	
704	Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?	<p>CLASSE/ANNEE..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	
705	Quelle est (était) l'occupation de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait-il?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	
706	<p>VERIFIER 705:</p> <p>TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>	<p>→ 708</p>	
707	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur sa propre terre, sur celle de sa famille, est-ce qu'il loue/ louait la terre ou est-ce qu'il travaille/travaillait sur la terre de quelqu'un d'autre?	<p>PROPRE TERRE.....1</p> <p>TERRE FAMILIALE.....2</p> <p>TERRE LOUEE.....3</p> <p>TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4</p>	
708	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	<p>OUI.....1 → 711</p> <p>NON.....2</p>	
709	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. D'autres vendent des choses, ont une petite affaire ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque travail?	<p>OUI.....1 → 711</p> <p>NON.....2</p>	
710	Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 801</p>	
711	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous?	<p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="text"/></p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
712	VERIFIER 711: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		→714
713	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	
714	Dans votre travail actuel, travaillez-vous 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	
715	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→717 ↓ →718
716	Sur les 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS..... <input type="text"/>	
717	(Pendant les mois de travail) combien de jours dans la semaine, travaillez-vous habituellement?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/>	→719
718	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours à peu près, avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS..... <input type="text"/>	
719	Percevez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→722
	INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?		
720	Combien, gagnez-vous habituellement d'argent pour ce travail? INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois ou par an.	PAR HEURE....1 PAR JOUR....2 PAR SEMAINE..3 PAR MOIS....4 PAR ANNEE....5	
721	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>		
	Qui décide comment l'argent que vous gagnez va être dépensé: vous, votre mari/conjoint, vous et votre mari ensemble, ou bien quelqu'un d'autre?	ENQUETEE DECIDE.....1 MARI/CONJOINT DECIDE.....2 DECIDENT ENSEMBLE.....3 QUELQU'UN D'AUTRE DECIDE.....4 ENQUETEE DECIDE AVEC QUELQU'UN.....5	
722	Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison?	MAISON.....1 AILLEURS.....2	
723	VERIFIER 217 ET 218: ENFANT DE MOINS DE 5 ANS, VIVANT AVEC ELLE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→801
724	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 UNE FILLE PLUS AGEE.....03 UN GARCON 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 NAISSANCE DE L'ENFANT.....95 AUTRE.....96 (PRECISER)	

## SECTION 8. MST ET SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801	Avez-vous entendu parler des maladies qui peuvent être transmises au cours des rapports sexuels que l'on appelle également maladies vénériennes?	OUI.....1 NON.....2	803
802	Quelles maladies connaissez-vous?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
803	VERIFIER 515: A DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	812
804	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	806
805	Laquelle ou lesquelles?	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
806	VOIR Q. 805: AU MOINS UNE MALADIE <input type="checkbox"/>	AUCUNE MALADIE <input type="checkbox"/>	812
807	Lorsque vous avez eu le dernier épisode de cette ou ces maladies, avez-vous demandé conseil ou un traitement, vous êtes-vous soignée vous-même ou n'avez-vous rien fait?	CONSEIL /TRAITEMENT.....1 SOIGNE ELLE-MEME.....2 RIEN FAIT.....3	809
808	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour ce dernier épisode?  INSISTER POUR IDENTIFIER LE TYPE D'ENDROIT ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.	SECTEUR MEDICAL PUBLIC HOPITAL D'ETAT.....A CENTRE DE SANTE.....B SOUS-CENTRE DE SANTE.....C POSTE DE SANTE.....D AGENT DE SANTE.....E AUTRE PUBLIC.....F  SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....G PHARMACIE.....H MEDECIN PRIVE.....I CENTRE DE SANTE.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE PRIVE.....L  AUTRE SECTEUR PRIVE MARCHE.....M EGLISE/CENTRE RELIGIEUX.....N AMIS/PARENTS.....O AUTRE.....X (PRECISER)	
808A	Pour la dernière MST avez-vous payé pour la consultation?	OUI.....1 NON.....2	
808B	Pour la dernière MST avez-vous payé pour le traitement?	OUI.....1 NON.....2	
808C	Où avez-vous payé le traitement?	PHARMACIE.....A EN MEME TEMPS QUE CONSULTATION.....B MARCHE.....C AUTRE.....X (PRECISER)	
809	Lorsque vous avez eu (MALADIE DE Q.805) en avez-vous parlé à votre mari/l'homme avec qui vous vivez ou votre (vos) partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
810	Lorsque vous avez eu (MALADIE DE Q.805) avez-vous fait quelque chose pour éviter de la transmettre à votre mari /l'homme avec qui vous vivez ou votre(vos) partenaires?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	812
811	Qu'avez-vous fait?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A UTILISE LE CONDOM.....B PRENDRE DES MEDICAMENTS.....C AUTRES.....X (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
812	VOIR Q. 802 N'A PAS CITE "SIDA" <input type="checkbox"/>	A CITE "SIDA" <input type="checkbox"/>	814
813	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	827
814	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C POSTERS/AFFICHES.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE.....F ECOLE/PROFESSEURS.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMIS/PARENTS.....I AU TRAVAIL.....J ETABLISSEMENT DE SANTE.....K AUTRE.....X (PRECISER)	
815	Comment une personne peut attraper le SIDA? N'importe quelle autre voie? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORT SEXUEL AVEC PROSTITUEES B CONTACT HOMOSEXUEL.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC PLUSIEURS PARTENAIRES.....D TRANSFUSION DE SANG.....E INJECTIONS.....F BAISERS.....G PIQURES D'INSECTES.....H DE LA MERE A L'ENFANT.....I LAMES SOUILLEES.....J AUTRES.....X (PRECISER) NSP.....Y	
816	Est-ce que l'on peut faire quelque chose pour éviter d'attraper le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	818
817	Que peut-on faire ? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	S'ABSTENIR DE SEXE.....A UTILISER DES CONDOMS.....B EVITER PARTENAIRES MULTIPLES.....C EVITER SEXE AVEC PROSTITUEES.....D EVITER RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E EVITER LES TRANSFUSIONS DE SANG.....F EVITER LES INJECTIONS.....G EVITER LES BAISERS.....H EVITER LES PIQURES D'INSECTES.....I CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....J AUTRE.....X (PRECISER)	
818	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	819
818a	Cette personne peut-elle transmettre le virus?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
819	Est-ce que le SIDA peut être soigné?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	820
819a	Comment le SIDA peut-il être soigné?	MEDICAMENT.....A VACCINATION.....B TRADIPRATICIEN.....C RELIGION.....D AUTRE.....X (PRECISER)	
820	Une femme enceinte qui a le SIDA peut-elle transmettre le virus du SIDA à son bébé?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
821A	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a attrapé le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
821B	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	



N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
821C	Accepteriez-vous d'apporter assistance à quelqu'un qui a le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 822
821D	De quelle manière?	HEBERGEMENT.....A PAYER LES MEDICAMENTS.....B S'OCCUPER DE SA FAMILLE.....C DONNER DE L'ARGENT.....D NOURRIR.....E PRIERE.....F VISITE A L'HOPITAL.....G VISITE A DOMICILE.....H AUTRE.....X (PRECISER)	
822	Selon vous, y-a-t-il des risques faibles, moyens, importants ou bien n'y-a-t-il pas de risque du tout que vous attrapiez le SIDA?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	→ 824 → 827
823	Pourquoi pensez-vous que vous n'avez (AUCUN RISQUE/RISQUE FAIBLE) d'attraper le SIDA?  Y-a-t-il d'autres raisons?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	S'ABSTIENT DE SEXE.....A UTILISE DES CONDOMS.....B EVITE PARTENAIRES MULTIPLES.....C FIDELE A SON PARTENAIRE.....D EVITE RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E PAS DE TRANSFUSIONS DE SANG.....F PAS D'INJECTIONS.....G  AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	→ 825
824	Pourquoi pensez-vous que vous avez un (RISQUE MOYEN/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?  Y-a-t-il d'autres raisons?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	N'UTILISE PAS DE CONDOMS.....A A DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B MARI A PARTENAIRES MULTIPLES.....C RELATIONS HOMOSEXUELLES.....D A EU TRANSFUSIONS DE SANG.....E A EU DES INJECTIONS DEJA UTILISEES.....F CONTACT SEXUEL AVEC MALADE.....G AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
825	Depuis que vous avez entendu parlé du SIDA, avez-vous changé votre comportement sexuel afin d'éviter de l'attraper?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 827
826	Qu'avez-vous fait?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE	A ARRETE TOUT RAPPORT SEXUEL.....A A COMMENCE A UTILISER CONDOM.....B FIDELE A UN PARTENAIRE.....C A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES.....D N'A PLUS DE CONTACTS HOMOSEXUELS.....E ARRETER INJECTIONS DEJA UTILISEES.....F PRIERE.....G  AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
827	Certaines personnes utilisent le condom durant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous entendu parler?	OUI.....1 NON.....2	→ 901
828	Avez-vous déjà utilisé un condom durant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles ?	OUI.....1 NON.....2	
829	VERIFIER 515:  A DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→ 901
830	Avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en récompense pour avoir des rapports sexuels avec quelqu'un, dans les quatre dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2	

## SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

901	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos sœurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère biologique, incluant ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs, et ceux qui sont décédés.						NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE BIOLOGIQUE....
A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous?							
902	VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS						SEULEMENT UNE NAISSANCE (L'ENQUETEE SEULEMENT)
903	Combien de ces naissances votre mère a eues avant vous?						NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..
904 Quel est le nom donné à votre sœur ou frère le plus âgé ? (au suivant)	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
905 Est-ce (NOM) est homme ou 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	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [2]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [3]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [4]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [5]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [6]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [7]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [8]<
907 Quel âge (NOM) a?							
	PASSER A [2]	PASSER A [3]	PASSER A [4]	PASSER A [5]	PASSER A [6]	PASSER A [7]	PASSER A [8]
908 Combien d'années y a-t-il que (NOM) est décédé(e) ?							
909 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e) ?							
	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [2]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [3]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [4]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [5]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [6]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [7]	SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [8]
910 Est-ce (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2
911 Est-ce (NOM) est décédée au cours d'une grossesse?	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2
912 Est-ce (NOM) est décédée dans 6 semaines après la fin d'une grossesse ou 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	OUI.....1 NON.....2
913 Est-ce (NOM) est décédée à cause de complications de grossesse ou d'accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [2]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [3]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [4]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [5]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [6]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [7]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [8]<
914 Combien d'enfants (NOM) avait donné naissance avant cette grossesse							
	PASSER A [2]	PASSER A [3]	PASSER A [4]	PASSER A [5]	PASSER A [6]	PASSER A [7]	PASSER A [8]

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
904 Quel est le nom donné à votre sœur ou frère le plus âgé (au suivant)	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----
905 Est-ce (NOM) est homme ou 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	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [9]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [10]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [11]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [12]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [13]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [14]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A 1001<
907 Quel âge (NOM) a?	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]	<input type="text"/> PASSER A [14]	<input type="text"/> PASSER A 1001
908 Combien d'années y a-t-il que (NOM) est décédé(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
909 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il (elle) est décédé(e)	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [13]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A [14]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 10 ANS PASSER A 1001
910 Est ce (NOM) est décédée au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914< NON.....2
911 Est ce (NOM) est décédée au cours d'une grossesse?	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2	OUI.....1 PASSER A 913< NON.....2
912 Est ce (NOM) est décédée au des 6 semaines après la fin d'une grossesse ou 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	OUI.....1 NON.....2
913 Est ce (NOM) est décédée à cause de complications de grossesse ou d'accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [9]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [10]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [11]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [12]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [13]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A [14]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 1001<
914 A combien d'enfants (NOM) avait donné naissance avant cette grossesse	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]	<input type="text"/> PASSER A [14]	<input type="text"/> PASSER A 1001

SECTION 10: EXCISION DE LA FEMME

NÔ.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
1001	Etes vous excisée?	OUI.....1 NON.....2	→ 1005
1002	A quel âge avez-vous été excisée?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
1003	Avez-vous eu des problèmes après l'excision?	OUI.....1 NON.....2	→ 1005
1004	Quels sont ces problèmes?	INFECTIONS .....A DOULEURS.....B FIEVRE.....C DIFFICULTES D'URINER.....E DIFFICULTES AU PREMIER RAP.SEX..F DIFFICULTES AVEC LES REGLES....G PETIT ORIFICE DE VAGIN.....H ORIFICE FERME.....I DIFFICULTES A L'ACCOUCHEMENT...J HEMORRAGIE.....K AUTRE.....X (PRECISER)	
1005	Pensez-vous que l'excision des femmes doit continuer ou doit être arrêtée?	CONTINUER.....1 ARRETEE.....2 NSP.....8	→ 1007 → 1008
1006	Pourquoi pensez-vous que l'excision doit continuer?	UNE BONNE TRADITION.....A COUTUME ET TRADITION.....B RELIGION.....C PROPRIETE.....D MEILLEURE PERSPECTIVE MARIAGE...E PLAISIR AU MARI.....F CONSERVATION DE LA VIRGINITE....G PREVENTION DE L'IMMORALITE.....H AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	→ 1008
1007	Pourquoi pensez-vous que l'excision doit être arrêtée?	MAUVAISE TRADITION.....A CONTRE LA RELIGION.....B COMPLICATIONS MEDICALES.....C DOULEUR EXPERIENCE PERSONNELLE..D CONTRE LA DIGNITE DE LA FEMME...E DIMINUE SATISFACTION SEXUELLE...F PREVENTION DE L'IMMORALITE.....G AUTRE.....X (PRECISER) NSP.....Y	
1008	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>	

**SECTION 11. TAILLE ET POIDS**

<b>1101</b>	<b>VERIFIER 215:</b>  AU MOINS UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991 <input type="checkbox"/> <b>FIN</b>
-------------	---	--

**ENQUETRIXE:**

A 1102 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1991 ET TOUJOURS VIVANT. A 1103 ET 1104, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE CHAQUE ENFANT VIVANT NE DEPUIS JANVIER 1991. A 1106 ET 1108 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUETEE ET DE SES ENFANTS VIVANTS. (NOTE: IL S'AGIT DE MESURER ET DE PESER TOUTES LES ENQUETEEES QUI ONT EU UNE NAISSANCE DEPUIS JANVIER 1991, MEME SI LES ENFANTS SONT DECEDES). SI IL Y A PLUS DE 3 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1991 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE	4 AVANT-AVANT DERNIER ENFANT EN VIE
<b>1102</b> NUMERO DE LIGNE D'APRES 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>	<div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; display: inline-block;"></div>
<b>1103</b> NOM DE L'ENFANT D'APRES Q.212	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____	(NOM) _____
<b>1104</b> DATE DE NAISSANCE  D'APRES Q.215 ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
<b>1105</b> CICATRICE DU BCG SUR L'AVANT-BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE..1 PAS DE CICATRICE.....2
<b>1106</b> 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> <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> <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>
<b>1107</b> L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
<b>1108</b> POIDS (en kilogrammes)	<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>	<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>
<b>1109</b> DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>	JOUR.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> MOIS.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> ANNEE.... <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div>
<b>1110</b> 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)	ENFANT MESURE..1 ENFANT MALADE..2 ENFANT ABSENT..3 ENFANT REFUSE..4 MERE REFUSE...5 AUTRE .....6  (PRECISER)
<b>1111</b> 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 après que l'entretien soit achevé)

Commentaires sur l'enquête:

---

---

---

Commentaires sur des  
Questions particulières:

---

---

---

Autres commentaires:

---

---

---

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

---

---

---

Nom du chef d'équipe: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

COMMENTAIRES DE LA CONTRÔLEUSE

---

---

---

Nom de la Contrôleuse: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_