

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE

(EDSC-II, 1998)

QUESTIONNAIRE FEMME

MINISTERE DE L'ECONOMIE ET DES FINANCES
-- BUCREP --

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix-Travail-Patrie

IDENTIFICATION	
PROVINCE _____	PROVINCE.....
DEPARTEMENT _____	STRATE.....
ARRONDIS./DISTRICT _____	ARRONDISSEMENT.....
VILLE/CANTON/GROUPEMENT _____	YAOUNDE/DOUALA = 1
VILLAGE _____	GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/BAMENDA = 2
QUARTIER DE VILLE/LOCALITE _____	AUTRES VILLES = 3; RURAL = 4.....
NOM DU CHEF DE MENAGE _____	GRAPPE.....
NOM DE LA FEMME _____	STRUCTURE.....
	MENAGE.....
	N° DE LIGNE DE LA FEMME.....

VISITES D'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR
NON DE L'ENQUETRICE				MOIS
RESULTAT*				ANNEE 1 9
				NOM
				RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE				NBRE. TOTAL DE VISITES
HEURE				
*CODES RESULTAT				
	1 REMPLI	4 REFUSE	7 AUTRE _____	(préciser)
	2 PAS A LA MAISON	5 PARTIELLEMENT REMPLI		
	3 DIFFERE	6 INCAPACITE		

QUESTIONNAIRE FRANÇAIS.....	1
LANGUE DE L'INTERVIEW** _____	
INTERPRETE:.....OUI = 1 / NON = 2	
**CODES LANGUE: 1 FRANÇAIS / 2 ANGLAIS / 3 FUFULDE / 4 EWONDO / 5 PIDGIN / 6 AUTRES	

CONTROLEUSE	CHEF D'EQUIPE	CONTROLE BUREAU	SAISI PAR
NOM _____	NOM _____		
DATE _____	DATE _____		

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER...2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> →105 →105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE), viviez-vous à Yaoundé/Douala, à Garoua/Maroua/Bafoussam/Bamenda, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE.	YAOUNDE/DOUALA/AUTRE CAPITALE...1 GAROUA/MAROUA/BAFOUSSAM/ BAMENDA/GRDE. VILLE ETRANGER...2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL/RURAL ETRANGER.....4 ETRANGER SANS PRECISION.....5	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOHERENTS.	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
106A	Comprenez-vous le français?	OUI.....1 NON.....2	
106B	Comprenez-vous l'anglais?	OUI.....1 NON.....2	
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 (année/classe) que vous avez achevée à ce niveau? *	ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS OU MOINS:	AGEE DE 25 ANS OU PLUS:	<input type="text"/> →111A
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113

* PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
MOINS D'1 AN.....= 0	- D'1 ANNEE.....= 0	- D'1 AN...= 0
INFANT/CLASS 1.....= 1 =..SIL	FORM 1.....= 1 =..6ème/1° AN.	1ère AN....= 1
STANDARD 1/CLASS 2..= 2 =..CP	FORM 2.....= 2 =..5ème/2° AN.	2ème AN....= 2
STANDARD 2/CLASS 3..= 3 =..CE1	FORM 3.....= 3 =..4ème/3° AN.	3ème AN....= 3
STANDARD 3/CLASS 4..= 4 =..CE2	FORM 4.....= 4 =..3ème/4° AN.	4ème AN...= 4
STANDARD 4/CLASS 5..= 5 =..CM1	FORM 5.....= 5 =..SECONDE	NSP.....= 8
STANDARD 5/CLASS 6..= 6 =..CM2	LOWER 6th FORM.= 6 =..PREMIERE	
STANDARD 6/CLASS 7..= 7	UPPER 6th FORM.= 7 =..TERMINALE	
NSP.....= 8	NSP.....= 8	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→206				
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204				
203	Combien de fils vivent avec vous? Combien de filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206				
205	Combien de fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né vivant mais qui est décédé par la suite? SI NON, INSISTER: Aucun enfant qui a crié ou qui a donné un signe de vie mais qui n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	→208				
207	Combien de vos fils sont décédés? Combien de vos filles sont décédées? SI "AUCUN", NOTER "00".	FILS DECEDE..... FILLE DECEDEE.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
208	FAIRE LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER "00".	TOTAL.....	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>				
209	VERIFIER 208: Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI: <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/> → INSISTER ET CORRIGER 201-208 COMME IL SE DOIT.						
210	VERIFIER 208: AU MOINS UNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/>		→227				

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

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

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

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

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

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

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

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

↓

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

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

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

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

225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1995. S'IL N'Y EN A PAS, NOTER '0'.

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? NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS.	MOIS..... <input type="text"/>	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tom- ber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre <u>plus tard</u> , ou vouliez-vous <u>ne plus avoir d'enfant</u> ?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE PLUS AVOIR D'ENFANT.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencé? _____ (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	JOURS.....1 <input type="text"/> SEMAINES.....2 <input type="text"/> MOIS.....3 <input type="text"/> ANNEES.....4 <input type="text"/> EN MENOPAUSE.....994 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...995 JAMAIS EU DE REGLES.....996	
237	Entre le premier jour des règles d'une femme et le premier jour de ses règles suivantes, y-a-t-il des moments où elle a plus de chances de tomber enceinte que d'autres?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→239
238	A quels moments du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	DURANT SES REGLES.....01 JUSTE APRES LA FIN DES REGLES.....02 AU MILIEU DU CYCLE.....03 JUSTE AVANT DEBUT DES REGLES...04 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
239	Avez-vous eu certaines grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	OUI.....1 NON.....2	→301
240	Combien avez-vous eu de grossesses qui n'ont pas abouti à une naissance vivante?	NOMBRE DE GROSSESSES..... <input type="text"/>	
241	Parmi ces grossesses, combien ont abouti à : un avortement provoqué? une fausse couche/avortement spontané? un mort-né?	AVORTEMENT PROVOQUE..... <input type="text"/> FAUSSE COUCHE..... <input type="text"/> MORT-NE..... <input type="text"/>	

SECTION 3. CONTRACEPTION

Maintenant, je voudrais vous parler de la planification familiale - les différents moyens ou méthodes qu'un couple peut utiliser pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte.

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
305	Avez-vous déjà utilisé un moyen quelconque ou essayé quelque chose pour retarder la survenue d'une grossesse ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303 ET 304 (ET 302 SI NECESSAIRE).		
309	Maintenant, je voudrais vous parler du moment où pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN ENREGISTRER '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
310	Au moment où vous avez commencé à utiliser la planification familiale pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	FEMME STERILISEE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/>	ENCEINTE: <input type="checkbox"/>	→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→325A →317A →322A →325A
314A	ENCERCLER '07' POUR CONTRACEPTION CHIRURGICALE VOLONTAIRE FEMININE.		
314B	Pourquoi utilisez-vous la pilule plutôt qu'une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
315	Puis-je voir la boîte de pilules que vous utilisez en ce moment? SI LE PAQUET EST MONTRE, ENCEINTE LE CODE CORRESPONDANT.	LO FEMENA.....01 OVRETTE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER) BOITE NON VUE.....98	→317
316	Connaissez-vous le nom de la marque de pilule que vous utilisez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	LO FEMENA.....01 OVRETTE.....02 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
317	Combien vous coûte une boîte (cycle) de pilule?	COUT..... <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	→326

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A					
317A	Pourquoi avez-vous eu (vous ou votre conjoint/partenaire) une opération pour ne plus avoir d'enfants plutôt que que d'utiliser une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE DEFINITIVE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)						
318	Où a eu lieu l'opération pour ne plus avoir d'enfant? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98						
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	OUI.....1 NON.....2	→321					
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)						
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... ANNEE..... <table border="1" data-bbox="1128 1060 1266 1155" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>						→327
322A	Pourquoi utilisez-vous la continence périodique plutôt qu'une autre méthode?	COUT/NE COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)						
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle menstruel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?	BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS...02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE METHODE SPECIFIQUE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→326					

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
325A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 PROTEGE CONTRE SIDA/MST.....09 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER "00".	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96	
327	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE.	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE METHODE.....96	}-329A }-332
328	Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 AMIS/PARENTS.....35 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	→334
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?		
329B	<p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.</p> <p>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318) plutôt qu'à l'autre endroit que vous connaissez?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE. SI LA REPONSE EST "NSP" VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE LE CODE CORRESPONDANT ET PASSER A Q.334.</p> <p>Autres raisons?</p>	<p>ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....A PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL....B TRANSPORT DISPONIBLE.....C</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....D PLUS PROPRE.....E OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F ATTENTE MOINS LONGUE.....G TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....I DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....J</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER...K</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....L</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	→334
330	<p>ENQUETRIXE:</p> <p>- SI VOUS N'AVEZ ENCERCLE QU'UN SEUL CODE A Q.329B, ENCERCLER ICI LE CODE CORRESPONDANT A LA MEME REPONSE ET PASSER A Q.334.</p> <p>- SI VOUS AVEZ ENCERCLE PLUSIEURS CODES A Q.329B, POSER LA QUESTION SUIVANTE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT A LA REPONSE.</p> <p>Parmi les raisons que vous m'avez données, quelle est la raison principale?</p>	<p>ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....11 PLUS PROCHE MARCHE/TRAVAIL...12 TRANSPORT DISPONIBLE.....13</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....21 PLUS PROPRE.....22 OFFRE PLUS D'INTIMITE.....23 ATTENTE MOINS LONGUE.....24 TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG..25 MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....26 DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....27</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER..31</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....41</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	→334

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
334	Avez-vous reçu la visite d'un agent qui vous a parlé de la planification familiale au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	
335	Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→337
336	Est-ce que quelqu'un de l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
337	Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→401
338	Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?	AUGMENTE.....1 DIMINUE.....2 ÇA DEPEND.....3 NSP.....8	→401
339	VERIFIER 210: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES: <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE: <input type="checkbox"/>		→401
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→401
341	VERIFIER 227 ET 311: PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE: <input type="checkbox"/> ENCEINTE OU STERILISEE: <input type="checkbox"/>		→401
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS <input type="checkbox"/> JANV. 1995:	AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/> DEPUIS JANV. 1995:	(PASSER A 465)
402	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1995 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.) Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eus dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.		
403	NUMERO DE LIGNE DE Q212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="checkbox"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="checkbox"/>
404	SELON Q212 ET Q216 :	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)←.....2 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←.....3	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407)←.....2 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407)←.....3
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="checkbox"/> ANNEES.....2 <input type="checkbox"/> NSP.....998
407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse? SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410)←.....Y
408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....98
409	Combien de fois avez-vous été en consultation prénatale durant cette grossesse?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....98	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....98
410	Quand vous étiez enceinte de (NOM), vous-a-t-on fait une injection contre le tétanos pour protéger votre enfant à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←.....8 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 412)←.....8 NSP.....8
411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> 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/PARA PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS...31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....33 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS...31 HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE.32 CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....33 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413	Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIER(E)/ SAGE-FEMME.....B AIDE SOIGNANTE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D PARENTS/AMIS.....E AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y
414	Au moment de la naissance de (NOM), avez-vous eu un des problèmes suivants: Un long travail, c'est-à-dire des contractions régulières qui ont duré plus de 12 heures ? Des saignements excessifs si importants, que vous avez pensé que votre vie était en danger? Une forte fièvre accompagnée de pertes vaginales malodorantes? Des convulsions non causées par la fièvre?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2
414A	A la suite de l'accouchement de (NOM), avez-vous eu des complications? SI OUI: Quel type de complications?	INCONTINENCE URINAIRE/ OU AUTRE.....A DIFFICULTES A MARCHER...B AUTRE _____ X (PRECISER) NON/AUCUNE.....Y	INCONTINENCE URINAIRE/ OU AUTRE.....A DIFFICULTES A MARCHER...B AUTRE _____ X (PRECISER) NON/AUCUNE.....Y
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, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit 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

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
417	Est-ce que (NOM) a été pesé à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 419)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 420)←
418	Combien pesait (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE.	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421)← NON.....2 (PASSER A 422)←	
420	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424)←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VERIFIER 227: ENQUETEE ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425)←	
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' H. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>
427	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

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

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

440	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1995 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCEZ PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).																																																																																										
441	DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE DE Q.212	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																									
442	SELON Q.212 ET Q.216 NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465)	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (ALLER A 442 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465)																																																																																									
443	Avez-vous une carte ou un carnet où les vaccinations de (NOM) sont inscrites? SI OUI: Puis-je la(le) voir?	OUI, VUE.....1- (PASSER A 445)← OUI, NON VUE.....2- (PASSER A 447)← PAS DE CARTE/CARNET.....3	OUI, VUE.....1- (PASSER A 445)← OUI, NON VUE.....2- (PASSER A 447)← PAS DE CARTE/CARNET.....3																																																																																								
444	Avez-vous déjà eu une carte ou un carnet de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1- (PASSER A 447)← NON.....2-	OUI.....1- (PASSER A 447)← NON.....2-																																																																																								
445	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS DE CHAQUE VACCIN, A PARTIR DE LA CARTE/ CARNET (2) NOTER '44' DANS LA COL. 'JOUR', SI LA CARTE INDIQUE QU'UN VACCIN A ETE FAIT MAIS QUE LA DATE N'A PAS ETE REPORTEE. BCG Polio 0 (à la naissance) Polio 1 Polio 2 Polio 3 DTCoq 1 DTCoq 2 DTCoq 3 Rougeole Fièvre Jaune	<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>J</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P0.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P1.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P2.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P3.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D1.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D2.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D3.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ROU</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>FJ.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		J	M	A	BCG				P0.				P1.				P2.				P3.				D1.				D2.				D3.				ROU				FJ.				<table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>J</td> <td>M</td> <td>A</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P0.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P1.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P2.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>P3.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D1.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D2.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>D3.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>ROU</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>FJ.</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		J	M	A	BCG				P0.				P1.				P2.				P3.				D1.				D2.				D3.				ROU				FJ.			
	J	M	A																																																																																								
BCG																																																																																											
P0.																																																																																											
P1.																																																																																											
P2.																																																																																											
P3.																																																																																											
D1.																																																																																											
D2.																																																																																											
D3.																																																																																											
ROU																																																																																											
FJ.																																																																																											
	J	M	A																																																																																								
BCG																																																																																											
P0.																																																																																											
P1.																																																																																											
P2.																																																																																											
P3.																																																																																											
D1.																																																																																											
D2.																																																																																											
D3.																																																																																											
ROU																																																																																											
FJ.																																																																																											
446	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte ou le carnet? ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCoq 1-3, ROUGEOLE, FIEVRE JAUNE ET/OU HEPATITE.	OUI.....1- (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2- NSP.....8- (PASSER A 449)←	OUI.....1- (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET NOTER '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2- NSP.....8- (PASSER A 449)←																																																																																								

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8
448	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes:		
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection au bras gauche qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E)← NSP.....8
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la Polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq c'est-à-dire une injection faite généralement en même temps que l'on donne les gouttes contre la Polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G)← NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448G	Une injection contre la rougeole?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448H	Une injection contre la fièvre jaune?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 450)← NSP.....8
449A	Quand (NOM) a eu de la fièvre, a-t-il/elle eu:	OUI NON NSP	OUI NON NSP
	- des vomissements?	VOMISSEMENTS.....1 2 8	VOMISSEMENTS.....1 2 8
	- des frissons?	FRISONS.....1 2 8	FRISONS.....1 2 8
	- des convulsions?	CONVULSIONS.....1 2 8	CONVULSIONS.....1 2 8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 453A)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 453A)← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 453A)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 453A)←

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIV.CONFESS....D HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E CENTRE SANTE/DISPENS. CONFESS./MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE MEDICAL PRIVE _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION....K AUTRE _____ X (PRECISER)
453A	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 4 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8
453B	Combien de fois a-t-il eu la diarrhée au cours des 4 dernières semaines?	NOMBRE EPISODES DE DIARRHEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE EPISODES DE DIARRHEE..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il 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
458A	VERIFIER 428: ENFANT TOUJOURS ALLAITE:	OUI A Q.428 <input type="checkbox"/> NON A Q.428 OU Q.428 NON POSEE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)	OUI A Q.428 <input type="checkbox"/> NON A Q.428 OU Q.428 NON POSEE <input type="checkbox"/> ↓ (PASSER A 459)
458B	(NOM) a-t-il été allaité de la même façon qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
459	<p>Quand (NOM) avait la diarrhée lui a-t-on donné une des choses suivantes à boire:</p> <p>Un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé SRO?</p> <p>Une bouillie légère faite à partir de maïs, riz, mil, igname, manioc, plantain?</p> <p>Soupe?</p> <p>Thé, tisane?</p> <p>Solution maison sucre-sel-eau?</p> <p>Lait ou préparation pour bébé?</p> <p>Boisson à base de yaourt?</p> <p>Eau?</p> <p>N'importe quel autre liquide?</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>THE, TISANE.....1 2 8</p> <p>SOL.SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>	<p style="text-align: center;">OUI NON NSP</p> <p>LIQUIDE SACHET SRO..1 2 8</p> <p>BOUILLIE LEGERE.....1 2 8</p> <p>SOUPE.....1 2 8</p> <p>THE, TISANE.....1 2 8</p> <p>SOL.SUCRE-SEL-EAU...1 2 8</p> <p>LAIT/PREPAR. BEBE...1 2 8</p> <p>BOISSON BASE YAOURT.1 2 8</p> <p>EAU.....1 2 8</p> <p>AUTRES LIQUIDES.....1 2 8</p>
460	<p>Est-ce quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 462)←</p> <p>NSP.....8</p>
461	<p>Qu'a-t-on donné pour traiter la diarrhée?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION.....B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE.....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>COMPRI ME OU SIROP.....A</p> <p>INJECTION.....B</p> <p>(I.V.) INTRAVEINEUSE.....C</p> <p>REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....D</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>
462	<p>Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464)←</p>
463	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE.....B</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ C</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIV.CONFESS....D</p> <p>HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E</p> <p>CENTRE SANTE/DISPENS.</p> <p>CONFESS./MISSION.....F</p> <p>CABINET MEDICAL.....G</p> <p>PHARMACIE.....H</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>_____ I</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....J</p> <p>GUERISSEUR TRADITION....K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE.....B</p> <p>AUTRE PUBLIC</p> <p>_____ C</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL PRIV.CONFESS....D</p> <p>HOP.PRIV.LAIC/CLINIQUE..E</p> <p>CENTRE SANTE/DISPENS.</p> <p>CONFESS./MISSION.....F</p> <p>CABINET MEDICAL.....G</p> <p>PHARMACIE.....H</p> <p>AUTRE MEDICAL PRIVE</p> <p>_____ I</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....J</p> <p>GUERISSEUR TRADITION....K</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>
464		<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>	<p>RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.</p>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à boire moins de liquides que d'habitude, la même quantité, ou plus de liquides que d'habitude?	MOINS DE LIQUIDES.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS DE LIQUIDES.....3 NSP.....8		
466	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on devrait lui donner à manger moins que d'habitude, la même quantité, ou plus que d'habitude?	MOINS A MANGER.....1 ENVIRON LA MEME QUANTITE.....2 PLUS A MANGER.....3 NSP.....8		
467	Quand un enfant a la diarrhée, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SELLES LIQUIDES REPETEES.....A DES SELLES LIQUIDES.....B VOMISSEMENTS REPETES.....C DES VOMISSEMENTS.....D SANG DANS LES SELLES.....E FIEVRE.....F SOIF IMPORTANTE.....G NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....H DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....I NE VA PAS MIEUX.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
468	Quand un enfant souffre de la toux, quels sont les symptômes qui vous indiquent qu'il/elle devrait être emmené(e) dans un établissement sanitaire ou auprès de personnel de santé? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RESPIRATION RAPIDE.....A DIFFICULTE A RESPIRER.....B RESPIRATION BRUYANTE.....C FIEVRE.....D INCAPABLE DE BOIRE.....E NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN....F DEVIENT PLUS/TRES MALADE.....G NE VA PAS MIEUX.....H AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z		
469	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO OU 459 NON POSEE : <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO : <input type="checkbox"/>		472	
470	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	477	
471	Avez-vous déjà utilisé ce produit?	OUI.....1 NON.....2	473	
472	Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL..21 HOPITAL PRIVE LAIC/CLINIQUE..22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE MEDICAL PRIVE _____ 26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR BOUTIQUE/MARCHE.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 AUTRE _____ 96 (PRECISER)		
473	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2	477	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
474	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? SI LE SACHET EST MONTRE, ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) SACHET NON VUE.....8	→476
475	Connaissez-vous le nom de la marque du sachet de SRO que vous avez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE _____ 6 (PRECISER) NSP.....8	
476	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....996 NSP.....998	
476A	VERIFIER 454, TOUTES LES COLONNES: AU MOINS UN ENFANT A EU LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES: <input type="checkbox"/> AUCUN ENFANT N'A EU LA DIARRHEE DANS LES 2 SEMAINES: <input type="checkbox"/>		→478
476B	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO: <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO: <input type="checkbox"/>		→477
476C	Pourquoi n'avez-vous pas utilisé de SRO quand (NOM) avait la diarrhée?	COUT/TROP CHER.....01 PAS DISPONIBLE.....02 NE SAIT PAS PREPARER.....03 ENFANTS REFUSENT.....04 PREFERE UNE AUTRE SOLUTION.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
477	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES: AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE: <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A RECU SEL/SUCRE: <input type="checkbox"/>		→501
478	Avez-vous déjà entendu parler d'une solution de sel, de sucre et d'eau que l'on prépare à la maison et que l'on donne aux enfants pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	→501
479	Avez-vous déjà préparé cette solution?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 5. MARIAGE ET ACTIVITES SEXUELLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT.	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">OUI</td> <td style="text-align: center;">NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANT MOINS DE 10 ANS.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>MARI/CONJOINT.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> </tr> </table>		OUI	NON	ENFANT MOINS DE 10 ANS.....	1	2	MARI/CONJOINT.....	1	2	AUTRES HOMMES.....	1	2	AUTRES FEMMES.....	1	2	
	OUI	NON																
ENFANT MOINS DE 10 ANS.....	1	2																
MARI/CONJOINT.....	1	2																
AUTRES HOMMES.....	1	2																
AUTRES FEMMES.....	1	2																
502	Etes-vous actuellement mariée ou vivez-vous actuellement avec un homme?	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....1 OUI, VIT AVEC UN HOMME.....2 MARIAGE NON CONSOMME.....3 NON, PAS EN UNION.....4	} →507 } →515F															
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....1 PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...2 PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....3																
504	Avez-vous déjà été mariée ou avez-vous déjà vécu avec un homme?	OUI, A ETE MARIEE.....1 OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....2 NON.....3	} →511 } →515F															
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	VEUVE.....1 DIVORCEE.....2 SEPEREE.....3	} →511															
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2																
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE FIGURE PAS DANS LE MENAGE, NOTER '00'.	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	OUI.....1 NON.....2	} →511															
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	NOMBRE..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP.....98	} →511															
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	UNE FOIS.....1 PLUS D'UNE FOIS.....2																
512	VERIFIER 511: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint? </td> <td style="width: 50%; border: none; vertical-align: top;"> MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui? </td> </tr> </table>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?	MOIS..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> NSP ANNEE.....9998	} →514A													
MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/> ↓ Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?																	
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>																

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514A	VERIFIER 502: ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OU VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION: <input type="checkbox"/>	515F
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)? SI "JAMAIS EU DE RAPPORTS", RETOURNER A Q.502, ENCERCLER LE CODE 3 (MARIAGE NON CONSOMME) ET SUIVRE LES NOUVELLES INSTRUCTIONS DE PASSAGE A PARTIR DE Q.502.	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515A	VERIFIER 301 ET 302: CONNAIT LE CONDOM: <input type="checkbox"/> ↓ Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? NE CONNAIT PAS LE CONDOM: <input type="checkbox"/> ↓ Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515B
515AA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 MARI/CONJOINT.....2 LES DEUX.....3	
515B	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	517
515C	Quand avez-vous eu, pour la dernière fois, des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515CA	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre mari/homme avec qui vous vivez, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?	PARTENAIRE REGULIER.....1 CONNAISSANCE.....2 POUR DE L'ARGENT.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
515D	Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515E
515DA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3	
515E	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes autres que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NSP.....98	517

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
518A	VERIFIER 515A, 515D ET 515G: AU MOINS 1 'OUI': <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI': <input type="checkbox"/>	519
518B	Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SECTEUR ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE.....12 AUTRE PUBLIC.....16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL...21 HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....22 CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....23 CABINET MEDICAL.....24 PHARMACIE.....25 AUTRE MEDICAL PRIVE.....26 (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....31 BAR/BOITE DE NUIT.....32 KIOSQUE.....33 CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34 AMIS/PARENTS.....35 PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM....41 →519 AUTRE.....96 (PRECISER)	
518C	Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisée la dernière fois? NOTER LE NOM DE LA MARQUE.	PRUDENCE/PRUDENCE PLUS.....1 PROMESSE.....2 SANS NOM DE MARQUE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8	
518D	La dernière fois que vous avez acheté des condoms, combien en avez-vous acheté? DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOMS ET ENREGISTRER CE NOMBRE.	NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	
518E	Combien avez-vous payé?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....9996 NSP.....9998	
519	Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?	AGE..... <input type="text"/> <input type="text"/> PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
601	VERIFIER 314: NI LUI NI ELLE STERILISE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	LUI OU ELLE STERILISE: <input type="checkbox"/> (CONTRA.CHIRURGI.VOLON.)	612								
602	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir un (autre) enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'(autres) enfants?	ENCEINTE: <input type="checkbox"/> Maintenant, j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez vous avoir un autre enfant, ou préféreriez-vous ne pas avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 →604 DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3 →606 INDECISE/NSP.....8 →604								
603	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/> Combien de temps, voudriez- vous attendre, à partir de maintenant, avant la nais- sance d'un (autre) enfant?	ENCEINTE: <input type="checkbox"/> Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEES.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table> BIENTOT/MAINTENANT.....993 DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE....994 →606 APRES LE MARIAGE.....995 AUTRE _____ 996 (PRECISER) NSP.....998								
604	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE: <input type="checkbox"/> ENCEINTE: <input type="checkbox"/>		607								
605	Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous <u>contente</u> , <u>pas contente</u> , ou cela vous serait- il égal?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 EGAL.....3									
606	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? PAS POSEE: <input type="checkbox"/>	N'UTILISE PAS ACTUEL- LEMENT DE METHODE: <input type="checkbox"/>	UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE: <input type="checkbox"/> →612								
607	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 →609 NON.....2 NSP.....8									
608	Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 →610									
609	Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 CONTR.CHIRUR.VOLONT.FEMININE...07 CONTR.CHIRUR.VOLONT.MASCULINE..08 →612 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SURE/NSP..98									

610	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?</p>	<p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26</p> <p>OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 TABOUS CULTURELS.....35</p> <p>MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42</p> <p>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</p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	→612
611	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?	<p>OUI.....1 NON.....2 NSP.....8</p>	
612	<p>VERIFIER 216:</p> <p>A DES ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/></p> <p>↓ Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS: <input type="checkbox"/></p> <p>↓ Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE.</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	→614
613	<p>Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien d'entre eux, cela n'a-t-il pas d'importance?</p>	<p>GARÇONS</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																								
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3																									
615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : à la radio? à la télévision?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>ACCEP- TABLE</th> <th>PAS ACCEP- TABLE</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>		ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP	RADIO.....1	1	2	8	TELEVISION.....1	1	2	8													
	ACCEP- TABLE	PAS ACCEP- TABLE	NSP																								
RADIO.....1	1	2	8																								
TELEVISION.....1	1	2	8																								
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou vu quelque chose sur la planification familiale: à la radio? à la télévision? dans les journaux ou les magazines? sur une affiche? sur un prospectus ou une brochure? sur une pancarte ou panneau publicitaire? Au cours d'une réunion communautaire/d'association?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOURNAUX OU MAGAZINES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AFFICHE.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PROSPECTUS OU BROCHURES.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PANCARTE/PANNEAU PUB.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REUNION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2	AFFICHE.....1	1	2	PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	1	2	PANCARTE/PANNEAU PUB.....1	1	2	REUNION.....1	1	2	
	OUI	NON																									
RADIO.....1	1	2																									
TELEVISION.....1	1	2																									
JOURNAUX OU MAGAZINES.....1	1	2																									
AFFICHE.....1	1	2																									
PROSPECTUS OU BROCHURES.....1	1	2																									
PANCARTE/PANNEAU PUB.....1	1	2																									
REUNION.....1	1	2																									
616A	Quelle est votre principale source d'information sur la planification familiale?	AUCUNE.....01 PERSONNEL SANTE PUBLIC.....02 PERSONNEL SANTE PRIVE.....03 PERSONNEL SANTE COMMUNAUTAIRE..04 CLINIQUE DE PF.....05 MARI/PARTENAIRE.....06 AUTRES PARENTS.....07 AMIS/RELATIONS.....08 RADIO.....09 TELEVISION.....10 JOURNAUX/AFFICHES.....11 ECOLE/BIBLIOTHEQUE.....12 REUNION COMMUNAUTAIRE.....13 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98																									
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec quelqu'un?	OUI.....1 NON.....2	→620																								
619	Avec qui en avez-vous discuté? 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 AMIE(S)/VOISINS.....H AUTRE _____ X (PRECISER)																									
620	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLE- MENT MARIEE: <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME: <input type="checkbox"/> NON, PAS EN UNION: <input type="checkbox"/>		→701																								
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8																									
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	AUCUNE.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	→622B																								
622A	Généralement, qui commence la discussion sur la planification familiale, vous, votre mari/conjoint ou tous les deux?	ENQUETEE.....1 MARI/CONJOINT.....2 L'UN OU L'AUTRE.....3 NSP.....8																									

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
622B	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? OUI, UTILISE ACTUELLEMENT: <input type="checkbox"/>	NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU QUESTION NON POSEE: <input type="checkbox"/>	623
622C	Avant de commencer à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint de la méthode à utiliser?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS.....8	
622D	Après avoir commencé à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint à propos de cette méthode?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS.....8	
622E	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE.	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE METHODE.....96	623 623 623
622F	Est-ce que votre mari/conjoint vous a encouragé ou vous a découragé à utiliser (METHODE ACTUELLE)?	ENCOURAGE.....1 DECOURAGE.....2 NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE.....3 NSP.....8	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
624	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode contraceptive, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
625	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode contraceptive, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
626	Pensez-vous que votre mère (tutrice) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA MERE (TUTRICE) EST DECEDEE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre mère (tutrice) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
627	Pensez-vous que votre père (tuteur) approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA PERE (TUTEUR) EST DECEDE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre père (tuteur) était en vie, pensez-vous...."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
628	Diriez-vous que l'utilisation de la contraception est contraire ou n'est pas contraire aux préceptes de votre religion?	CONTRAIRE.....1 N'EST PAS CONTRAIRE.....2 SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET.....3 ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION....4 NSP.....8	
629	A votre avis, pour améliorer le niveau de vie de la famille, est-il préférable d'avoir une petite famille ou une grande famille?	PETITE FAMILLE.....1 GRANDE FAMILLE.....2 ÇA N'A PAS D'IMPORTANCE/ L'UN OU L'AUTRE.....3 ÇA DEPEND.....4 NSP/SANS OPINION.....8	
630	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	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 502 ET 504 :</p> <p>ACTUEL. <input type="checkbox"/> A ETE MARIEE OU <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ETE MARIEE/VIT A VECU A VECU N'A JAMAIS ETE AVEC UN AVEC UN AVEC UN MARIEE NI VECU HOMME: HOMME: HOMME:</p>		703 709
702	<p>Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/></p>	
703	<p>Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, secondaire ou supérieur?</p>	<p>PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....8</p>	706
705	<p>Quelle est la dernière (classe, année) qu'il a achevé à ce niveau?*</p>	<p>ANNEE..... <input type="text"/> NSP.....8</p>	
706	<p>Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?</p> <p>_____</p> <p>(NOTER LA PROFESSION)</p> <p>DETERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.</p>	<p>AGRICULTURE.....01 INDUSTRIE-BTP.....02 COMMERCE.....03 SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE.....04 ELEVE/ETUDIANT.....05 CHERCHE 1ER EMPLOI.....06 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98</p>	709 709
706A	<p>A PARTIR DE LA REPONSE A Q.706, DETERMINER LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p>	<p>SALARIE PERSONNEL DE DIRECTION.....11 CADRE SUPERIEUR/INGENIEUR.....12 CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE.....13 EMPLOYE/OUVRIER QUALIFIE.....14 EMPLOYE/OUVRIER NON QUALIFIE.....15 MANOEUVRE.....16 NON SALARIE PATRON (PETITE ENTREPRISE).....21 TRAVAILLEUR A PROPRE COMPTE (INDEPENDANT).....22 APPRENTI.....23 AIDE FAMILIAL.....24 AUTRE.....96 (PRECISER) NSP.....98</p>	

*

PRIMAIRE	SECONDAIRE	SUPERIEUR
MOINS D'1 AN.....= 0	- D'1 ANNEE....= 0	- D'1 AN...= 0
INFANT/CLASS 1.....= 1 =..SIL	FORM 1.....= 1 =..6ème/1° AN.	1ère AN....= 1
STANDARD 1/CLASS 2..= 2 =..CP	FORM 2.....= 2 =..5ème/2° AN.	2ème AN....= 2
STANDARD 2/CLASS 3..= 3 =..CE1	FORM 3.....= 3 =..4ème/3° AN.	3ème AN....= 3
STANDARD 3/CLASS 4..= 4 =..CE2	FORM 4.....= 4 =..3ème/4° AN.	4ème AN...+..= 4
STANDARD 4/CLASS 5..= 5 =..CM1	FORM 5.....= 5 =..SECONDE	NSP.....= 8
STANDARD 5/CLASS 6..= 6 =..CM2	LOWER 6th FORM.= 6 =..PREMIERE	
STANDARD 6/CLASS 7..= 7	UPPER 6th FORM.= 7 =..TERMINALE	
NSP.....= 8	NSP.....= 8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
707	VERIFIER 706: TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS <input type="checkbox"/> L'AGRICULTURE:	NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS <input type="checkbox"/> DANS L'AGRICULTURE:	→709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il les terres de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON APPLICABLE.....6	
709	En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans l'affaire de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	→712
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	→726
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? DETERMINER LE SECTEUR D'ACTIVITE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	AGRICULTURE.....1 INDUSTRIE-BTP.....2 COMMERCE.....3 SERVICES ET ADMINISTRATION PUBLIQUE.....4 AUTRE.....6	
712A	A PARTIR DE LA REPONSE A Q.712, DETERMINER LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIÉ.	SALARIE PERSONNEL DE DIRECTION.....11 CADRE SUPERIEUR/INGENIEUR.....12 CADRE MOYEN/AGENT DE MAITRISE.....13 EMPLOYE/OUVRIER QUALIFIE.....14 EMPLOYE/OUVRIER NON QUALIFIE.....15 MANOEUVRE.....16 NON SALARIE PATRON (PETITE ENTRPRISE)....21 TRAVAILLEUR A PROPRE COMPTE (INDEPENDANT).....22 APPRENTI.....23 AIDE FAMILIAL.....24 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS <input type="checkbox"/> L'AGRICULTURE:	NE TRAVAILLE PAS <input type="checkbox"/> DANS L'AGRICULTURE:	→715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4 NON APPLICABLE.....6	
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou loin de la maison?	A LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2	
724	VERIFIER 217 ET 218: A-T-ELLE UN ENFANT DE 5 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE? OUI: <input type="checkbox"/> NON: <input type="checkbox"/>		801A
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS AGEE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE.....08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE.....96 (PRECISER)	801A
726	Etes-vous à la recherche d'un emploi?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	→ 801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/>	→ 801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 801K
801E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D ECOULEMENT/ULCERATION.....E AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	→ 801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC/PARA PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE.....B AUTRE PUBLIC _____ C (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL PRIVE CONFESIONNEL.....D HOPITAL LAIC/CLINIQUE.....E CENTRE SANTE/DISPENSAIRE CONFESIONNEL/MISSION.....F CABINET MEDICAL.....G PHARMACIE.....H AUTRE PRIVE MEDICAL _____ I (PRECISER) AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....J GUERISSEUR TRADITION.....K AMIS/PARENTS.....L AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801H	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	→ 801K
801J	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE _____ X (PRECISER)	
801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA": <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA": <input type="checkbox"/>	→ 802
801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	→ 811C
802	De quelles sources d'informations avez-vous le plus appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D CENTRE/AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G REUNION D'ASSOCIATION.....H THEATRE POPULAIRE.....I AMI(E)S/PARENTS.....J LIEU DE TRAVAIL.....K AUTRE _____ X (PRECISER)	
802A	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où (de qui) souhaiteriez-vous obtenir ces informations? SI PLUSIEURS SOURCES SONT CITEES, DEMANDER QUELLE EST LA SOURCE PREFEREE ET ENCERCLER LE CODE CORRESPONDANT.	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 ECOLE/PROFESSEUR.....07 REUNION D'ASSOCIATION.....08 THEATRE POPULAIRE.....09 AMI(E)S/PARENTS.....10 LIEU DE TRAVAIL.....11 ASSEZ INFORME.....12 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
802B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSION DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRASSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I LAMES, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K AUTRE _____ W (PRECISER) AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	→ 807

804	<p>Que peut-on faire?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PROTEGER SES RAPPORTS.....A</p> <p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B</p> <p>UTILISER DES CONDOMS.....C</p> <p>EVITER MULTIPLES PARTENAIRE...D</p> <p>EVITER LES PROSTITUEES.....E</p> <p>EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F</p> <p>EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G</p> <p>EVITER INJECTIONS.....H</p> <p>EVITER D'EMBRASSER.....I</p> <p>EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....J</p> <p>EVITER LAMES,CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS.....L</p> <p>AUTRE _____ W (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
-----	---	--	--

805	<p>VERIFIER 804: A MENTIONNE <input type="checkbox"/> "PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	<p>N'A PAS MENTIONNE <input type="checkbox"/> "PROTEGER SES RAPPORTS":</p>	807
-----	--	--	-----

806	<p>Qu'est-ce-que "protéger ses rapports" signifie pour vous?</p>	<p>S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B</p> <p>UTILISER DES CONDOMS.....C</p> <p>EVITER MULTIPLES PARTENAIRE...D</p> <p>EVITER LES PROSTITUEES.....E</p> <p>EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
-----	--	---	--

807	<p>Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
-----	--	--	--

808	<p>Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?</p>	<p>PRESQUE JAMAIS.....1</p> <p>PARFOIS.....2</p> <p>PRESQUE TOUJOURS.....3</p> <p>NSP.....8</p>	
-----	--	---	--

808A	<p>Peut-on guérir du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
------	--------------------------------	--	--

808B	<p>Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
------	---	--	--

808C	<p>Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
------	---	--	--

809	<p>Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?</p>	<p>FAIBLE.....1</p> <p>MOYEN.....2</p> <p>IMPORTANT.....3</p> <p>PAS DE RISQUE DU TOUT.....4</p> <p>A LE SIDA.....5</p>	<p>→ 809C</p> <p>→ 811A</p>
-----	---	---	-----------------------------

809B	<p>Pourquoi pensez-vous (NE PAS COURIR DE RISQUES/COURIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B</p> <p>UTILISE CONDOMS.....C</p> <p>A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX...D</p> <p>A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX...E</p> <p>CONJOINT N'A PAS AUTRES PART...F</p> <p>N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....G</p> <p>N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....H</p> <p>N'A PAS D'INJECTIONS.....I</p> <p>EVITE LAMES, CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	→ 811A
------	--	--	--------

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
809C	<p>Pourquoi pensez-vous courir des risques (MOYENS/ IMPORTANTS d'attraper le SIDA?</p> <p>Aucune autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRE(S) SEXUELS.....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I UTILISE LAMES,CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p>	
811A	<p>Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?</p> <p>SI OUI, Qu'avez-vous fait?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)...E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL.....G ARRETE INJECTIONS.....I EVITE LAMES, CISEAUX,COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..K</p> <p>AUTRE _____ W (PRECISER)</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>	→ 811C
811B	<p>Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B A COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE(S)..E</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL.....Y NSP.....Z</p>	
811C	<p>Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→ 901
811D	<p>VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/></p> <p>N/A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS: <input type="checkbox"/></p>		→ 901
811E	<p>Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2</p>	→ 901
814	<p>Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?</p>	<p>TEMPS EN TEMPS.....1 SOUVENT.....2 CHAQUE RAPPORT.....3</p>	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
901	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés.</p> <p>A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE.... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	
902	<p>VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS: <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT): <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	→916
903	<p>Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?</p>	<p>NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></p>	

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 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]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	1 9 <input type="text"/> PASSER A 910 NSP.....9998					
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>					
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2					
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2					
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915					
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> PASSER A [2]	<input type="text"/> PASSER A [3]	<input type="text"/> PASSER A [4]	<input type="text"/> PASSER A [5]	<input type="text"/> PASSER A [6]	<input type="text"/> PASSER A [7]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916.

904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère le plus âgé (au suivant)?	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [8]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [9]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [10]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [11]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [12]	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908 NSP.....8 PASSER A [13]
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998	1 9 PASSER A 910 NSP.....9998
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 914 NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2	OUI.....1 PASSER A 915 NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'1 grossesse ou d'1 accouchement?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 915
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

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

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAIS. DEPUIS <input style="width: 20px;" type="text"/> JAN. 1995	PAS DE NAIS. DEPUIS <input style="width: 20px;" type="text"/> → FIN JAN. 1995
------	--	---

A 1002 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1995 ET TOUJOURS VIVANT. A 1003 ET 1004, ENREGISTRER LE NOM ET LA DATE DE NAISSANCE DE L'ENQUETEE ET DE TOUS LES ENFANTS VIVANTS NES DEPUIS JANVIER 1995. A 1006 ET 1008 ENREGISTRER LE POIDS ET LA TAILLE DE L'ENQUETEE ET DES ENFANTS VIVANTS. (NOTE: TOUTES LES ENQUETEEES QUI ONT EU UNE NAISSANCE OU PLUS DEPUIS JANVIER 1995 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES. S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1995 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE SELON Q.212		<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
1003 NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1004 DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> ANNEE. <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	JOUR..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> ANNEE. <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>
1005 CICATRICE DU BCG AU BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2
1006 TAILLE (en centimètres)	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
1007 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008 POIDS (en kilogrammes)	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>
1009 DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> ANNEE. <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	JOUR..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> ANNEE. <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>	JOUR..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> MOIS..... <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/> ANNEE. <input style="width: 15px; height: 15px;" type="text"/>
1010 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 (PRECISER)
1011 NOM DE L'OPERATEUR:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>	NOM DE L'ASSISTANT:	<input style="width: 20px; height: 15px;" type="text"/>

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

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____