

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE AU MALI  
QUESTIONNAIRE FEMME

CPS/MSSPA-DNSI

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITE _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																								
NOM DU CHEF DE MENAGE _____																									
NUMERO DE GRAPPE.....																									
NUMERO DE LA CONCESSION.....																									
NUMERO DU MENAGE.....																									
REGION.....																									
CERCLE.....																									
ARRONDISSEMENT.....																									
BAMAKO/AUTRE COMMUNE/AUTRE VILLE/RURAL..... (Bamako=1, Autre Commune=2, Autre ville=3, Rural=4)																									
NOM ET N° DE LIGNE DE LA FEMME _____																									

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

QUESTIONNAIRE FRANÇAIS.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td>0</td><td>1</td></tr> </table>	0	1
0	1		
LANGUE DE L'INTERVIEW.....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
INTERPRETE (OUI = 1, NON = 2).....	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>		
CODES LANGUES: Français=01, Bambara/Malinké=02, Sonraï/Djerma=03, Peulh/Foufouldé=04, Marka/Soninké=05, Sénoufo=06, Dogon=07, Minianka=08, Tamacheck/Bella=09, Bobo/Daïfing=10, Bozo/Somono=11, Autres=96			

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

SECTION 1. CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DES ENQUETES

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. Pendant les 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Bamako, dans une autre commune, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger?  SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE	BAMAKO/AUTRE CAPITALE.....1 COMMUNE/GDE.VILLE ETRANGER.....2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL.....4 ETRANGER (SANS PRECISION).....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUR.....96	<input type="text"/> →105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), quelle était votre dernière résidence: Bamako, une autre commune, une autre ville, le milieu rural ou l'étranger?  SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE	BAMAKO/AUTRE CAPITALE.....1 COMMUNE/GDE.VILLE ETRANGER.....2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL.....4 ETRANGER (SANS PRECISION).....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....98	<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"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	→114
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: fondamental 1, fondamental 2, secondaire ou supérieur?	FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE).....1 FONDAMENTAL 2 (COLLEGE).....2 SECONDAIRE LYCEE/TECHNIQUE.....3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière année que vous avez achevé à ce niveau*?	DERNIERE ANNEE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS OU MOINS <input type="checkbox"/> AGEE DE 25 ANS OU PLUS <input type="checkbox"/>		→113
111	Est-ce que vous allez à l'école actuellement?	OUI.....1 NON.....2	→113

\* CODES POUR Q.109

NIVEAU D'EDUCATION:      CLASSE:  
 1= FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE).....01 à 06, 00 (moins d'une année achevée)  
 2= FONDAMENTAL 2 (COLLEGE).....07 à 09, 00 (moins d'une année achevée)  
 3= SECONDAIRE (LYCEE).....10 à 12, 00 (moins d'une année achevée)  
 3= SECONDAIRE TECHNIQUE.....01 à 04, 00 (moins d'une année achevée)  
 4= SUPERIEUR.....01 à 04, 00 (moins d'une année achevée)

2

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
112	Quelle est la principale raison pour laquelle vous avez arrêté d'aller à l'école?	TOMBEE ENCEINTE.....01 S'EST MARIEE.....02 POUR GARDER ENFANTS + JEUNES...03 FAMILLE AVAIT BESOIN D'AIDE AUX CHAMPS OU AU TRAVAIL.....04 POUVAIT PAS PAYER LES FRAIS....05 DEVAIT GAGNER DE L'ARGENT.....06 SUFFISAMMENT SCOLARISEE.....07 ECHEC A L'ECOLE.....08 N'AIME PAS L'ECOLE.....09 ECOLE INACCESSIBLE/TROP LOIN...10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	A
113	VERIFIER 108: FONDAMENTAL 1 <input type="checkbox"/> FONDAMENTAL 2 OU PLUS <input type="checkbox"/>		→115
114	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, avec difficulté ou pas du tout ?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	→116
115	Avez-vous l'habitude de lire un journal ou un magazine, au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
116	Avez-vous l'habitude d'écouter la radio au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision au moins une fois par semaine?	OUI.....1 NON.....2	
118	Quelle est votre religion?	MUSULMANE.....01 CHRETIENNE.....02 ANIMISTE.....03 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
119	Quelle est votre ethnie?	BAMBARA.....01 MALINKE.....02 PEULH.....03 SARAKOLE/SONINKE/MARKA.....04 SONRAI.....05 DOGON.....06 TAMACHECK.....07 SENOUFO/MINIANKA.....08 BOBO.....09 AUTRES ETHNIES DU MALI.....10 ETRANGER.....11	
120	VERIFIER Q.4 DANS LE QUESTIONNAIRE MENAGE L'ENQUETEE N'EST PAS RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/> L'ENQUETE EST RESIDENTE HABITUELLE <input type="checkbox"/>		→201
121	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur l'endroit où vous vivez habituellement. Vivez-vous habituellement à Bamako, dans une autre commune, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? SI "ETRANGER", PRECISER LE MILIEU DE RESIDENCE. SI "COMMUNE" OU "VILLE" PRECISER LE NOM _____ (NOM DE LA VILLE)	BAMAKO/AUTRE CAPITALE.....1 COMMUNE/GDE.VILLE ETRANGER.....2 AUTRE VILLE/PTE.VILLE ETRANGER...3 RURAL.....4 ETRANGER (SANS PRECISION).....5	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																		
122	Dans quelle région est-ce situé?	BAMAKO.....01 KAYES.....02 KOULIKORO.....03 SIKASSO.....04 SEGOU.....05 MOPTI.....06 GAO/KIDAL.....07 TOMBOUCTOU.....08 ETRANGER.....09																			
123	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur le ménage dans lequel vous vivez habituellement.  D'où provient principalement l'eau que boivent les membres de votre ménage?	EAU DU ROBINET ROBINET DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION...11 → 125 ROBINET PUBLIC.....12 EAU DE PUIITS PUIITS DANS LE LOGEMENT/COUR/CONCESSION...21 → 125 PUIITS SIMPLE EXTERIEUR AU LOGEMENT.....22 FORAGE/POMPE.....23 EAU DE SURFACE SOURCE.....31 RIVIERE/RUISSEAU.....32 MARE/LAC.....33 BARRAGE.....34 EAU DE PLUIE.....41 → 125 CAMION CITERNE.....51 EAU EN BOUTEILLE.....61 → 125 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																			
124	Combien de temps faut-il pour aller là-bas, prendre de l'eau et revenir?	MINUTES..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> SUR PLACE.....996																			
125	Quel genre de toilettes sont utilisées par la majorité des membres de votre ménage?	CHASSE D'EAU CHASSE D'EAU PERSONNELLE.....11 CHASSE D'EAU EN COMMUN.....12 FOSSE/LATRINES FOSSE/LATRINES RUDIMENTAIRES..21 FOSSE/LATRINES AMELIOREES...22 PAS DE TOILETTES/NATURE.....31 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																			
126	Dans votre ménage, avez-vous:  L'électricité (EDM, groupe ou panneau solaire)? Une radio? Une télévision? Le téléphone? Un réfrigérateur ou congélateur?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ELECTRICITE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEPHONE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	ELECTRICITE.....	1	2	RADIO.....	1	2	TELEVISION.....	1	2	TELEPHONE.....	1	2	REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..	1	2	
	OUI	NON																			
ELECTRICITE.....	1	2																			
RADIO.....	1	2																			
TELEVISION.....	1	2																			
TELEPHONE.....	1	2																			
REFRIGERATEUR/CONGELATEUR..	1	2																			
127	Pouvez-vous décrire le sol de votre maison?	PLANCHER NATUREL TERRE/SABLE.....11 BOUSE.....12 PLANCHER RUDIMENTAIRE PLANCHES.....21 PALMES/BAMBOUS.....22 PLANCHER FINI PARQUET OU BOIS POLI.....31 TAPIS EN PLASTIQUE.....32 CARREAUX.....33 CIMENT.....34 MOQUETTE.....35 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																			
128	Y-a-t-il quelqu'un de votre ménage qui possède:  Une bicyclette? Une mobylette ou motocyclette? Une voiture?	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>OUI</th> <th>NON</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BICYCLETTE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>VOITURE.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </tbody> </table>		OUI	NON	BICYCLETTE.....	1	2	MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....	1	2	VOITURE.....	1	2							
	OUI	NON																			
BICYCLETTE.....	1	2																			
MOBYLETTE/MOTOCYCLETTE....	1	2																			
VOITURE.....	1	2																			

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> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </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> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </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> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
208	FAITES 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> </td><td> </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 SI VIVANT:	218 SI VIVANT	219 SI DECEDE:	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant?  (INSCRIRE LE NOM SOUS LE NUMERO DE LIGNE)	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-il/elle quand il/elle est mort(e)?  SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait-il/elle en mois?  NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAYRE L'ANNEE DE NAISSANCE DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE.  LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (NAISS ← SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3		
02	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... ANNEE..	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI...1 NON...2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre enfant suivant?	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-il/elle quand il/elle est mort(e)? SI '1 AN', INSISTER: Quel âge avait-il/elle en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRARE L'ANNEE DE NAISSANCE DE (NOM) DE L'ANNEE DE NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	T-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
(INSCRIRE LE NOM SOUS LE NUMERO DE LIGNE)									

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

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

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

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

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

↓

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

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

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

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

225 VERIFIER 215 ET ENTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS JANVIER 1992. S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'.

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
227	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	236
228	De combien de mois êtes-vous enceinte?  NOTER LE NOMBRE DE MOIS REVOLUS	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
229	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne pas tomber enceinte?	A CE MOMENT-LA.....1 PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS.....3	
236	Quand vos dernières règles ont-elles commencées?  (INSCRIRE LA DATE, SI ELLE EST DONNEE)	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/> <input type="text"/> NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/> <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"/> <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"/> <input type="text"/> FAUSSE COUCHE..... <input type="text"/> <input type="text"/> MORT-NE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	
242	VERIFIER 241:  AU MOINS 1 FAUSSE-COUCHE OU 1 MORT-NE <input type="checkbox"/>	NI FAUSSE-COUCHE NI MORT-NE <input type="checkbox"/>	301
243	Selon vous, quelles sont les principales causes de votre/(vos) fausse-couche(s)/mort-né(s)?	MANQUE DE SOINS/TROP CHER.....A SOINS PAS ACCESSIBLES/ TROP LOIN.....B MALADIE.....C SORCELLERIE.....D MALEDICTION.....E ARRET VOLONTAIRE.....F AUTRE _____ X (PRECISER) NSP .....Z	

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE 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 CERCLE 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	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
02 DIU Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
03 INJECTION Les femmes peuvent avoir une injection par un médecin ou une infirmière pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	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	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
05 DIAPHRAGME, MOUSSE, GELEE Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un suppositoire, un diaphragme, de la gelée ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
06 CONDOM (CAPOTE ANGLAISE) Les hommes peuvent se mettre une capote en caoutchouc au pénis pendant les rapports sexuels.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
07 STERILISATION FEMININE Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2
08 STERILISATION MASCULINE Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfants.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	Avez-vous déjà vécu avec un homme qui avait eu une opération pour éviter d'avoir des enfants? OUI.....1 NON.....2
09 RYTHME, CONTINENCE PERIODIQUE Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	OUI.....1 NON.....2
10 RETRAIT Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	1	2	3 <input type="checkbox"/>	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)		
	1		3	OUI.....1 NON.....2
		(PRECISER)		

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

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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
318	<p>Où a eu lieu la stérilisation?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PMI/MATERNITE.....12</p> <p>SECTEUR PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....21</p> <p>MEDECIN.....22</p> <p>COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE.....31</p> <p>PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CHIE.....41</p> <p>MJTEC.....42</p> <p>NON GOUVERNEMENTAL</p> <p>ONG/AMPPF.....51</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
319	<p>Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→321
320	<p>Pourquoi regrettez-vous l'opération?</p>	<p>ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01</p> <p>MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....03</p> <p>ENFANT DECEDE.....04</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	
321	<p>En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?</p>	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	→327
323	<p>Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles?</p>	<p>BASEE SUR LE CALENDRIER.....01</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE CORPS (METHODE OGINO).....02</p> <p>BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03</p> <p>BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04</p> <p>PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p>	

NO.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE) de façon continue?  SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> 8 ANS OU PLUS.....96	
327	VERIFIER 314:  ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 IMPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10  AUTRE METHODE.....96	→329A  →332
328	OÙ avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PMI/MATERNITE.....12 AGENT DE SANTE.....13  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....21 MEDECIN PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 AGENT DE TERRAIN.....24  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....31 AGENT DE SANTE.....32 ANIM. DISTRIB/MATRONE/ ACCOUCHEUSE/AIDE-SOIGNANTE....33  PARA-PUBLIC INPS/CHIE.....41 MUTEC.....42  NON GOUVERNEMENTAL ONG/AMPPF.....51  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....61 GUERISSEUR/TRADIPRATICIEN MARABOUT.....62 AMI(E)S/PARENTS.....63  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	

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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A	
332	Connaissiez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	→335	
333	Où est-ce?  S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.  _____ (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PMI/MATERNITE.....12 AGENT DE SANTE.....13  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....21 MEDECIN PRIVE.....22 PHARMACIE.....23 AGENT DE TERRAIN.....24  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....31 AGENT DE SANTE.....32 ANIM. DISTRIB/MATRONE/ ACCOUCHEUSE/AIDE-SOIGNANTE...33  PARA-PUBLIC INPS/CHIE.....41 MUTEC.....42  NON GOUVERNEMENTAL ONG/AMPPF.....51  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....61 GUERISSEUR/TRADIPRATICIEN MARABOUT.....62 AMI(E)S/PARENTS.....63  AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98		
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 DEPEND.....3 NSP.....8	→401	
339	VERIFIER 210:  UNE OU PLUSIEURS <input type="checkbox"/> NAISSANCES AUCUNE <input type="checkbox"/> NAISSANCE		→401	
340	Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→401	
341	VERIFIER 227 ET 311:  PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET <input type="checkbox"/> NON STERILISEE ENCEINTE OU STERILISEE <input type="checkbox"/>		→401	
342	Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2		

SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1992	<input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1992	<input type="checkbox"/> → (PASSER A 465)
-----	--	--------------------------	--	---

402 INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1992 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.)

Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eu dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.

403	DERNIERE NAISSANCE NUMERO DE LIGNE DE Q212	N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	---	--	--

404	SELON Q212 ET Q216	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	NOM _____ VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
-----	-----------------------	--	--

405	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard, ou vouliez-vous ne plus (pas) avoir d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407) ← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) ←	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407) ← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 407) ←
-----	--	---	---

406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....998
-----	---	---	---

407	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous consulté quelqu'un pour des soins prénatals au sujet de cette grossesse?  SI OUI: Qui avez-vous consulté? Quelqu'un d'autre?  INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES VUES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B SAGE-FEMME AUXILIAIRE..C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←
-----	--	--	--

408	De combien de mois étiez-vous enceinte lors de votre première consultation prénatale?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
-----	---	---	---

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

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

411	Pendant cette grossesse, combien de fois avez-vous eu cette injection?	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8	NBRE DE FOIS..... <input type="text"/> NSP.....8
-----	--	---	---

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
412	Où avez-vous accouché de (NOM)?	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 MATERNITE/PMI.....23 SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....31 COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....41 PARA-PUBLIC MATERNITE/PMI.....51 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....22 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE DE SANTE.....22 MATERNITE/PMI.....23 SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....31 COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....41 PARA-PUBLIC MATERNITE/PMI.....51 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 SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE-OBSTETRIC/ TECHNICIEN DE SANTE...C AUTRES AGENTS DE SANTE AIDE-SOIGNANTE.....D MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITION..F AUTRES PERSONNES AMI(E)S/PARENTS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE-OBSTETRIC/ TECHNICIEN DE SANTE...C AUTRES AGENTS DE SANTE AIDE-SOIGNANTE.....D MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITION..F AUTRES PERSONNES AMI(E)S/PARENTS.....G 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
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-il/elle? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <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, ENREGISTRER '00' H. SI MOINS DE 24 H., ENREGISTRER EN HEURES. AUTREMENT ENREGISTRER 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"/>
426A	VERIFIER 426 : ALLAITEMENT APRES LA NAISSANCE IMMEDIATEMENT OU MOINS D'1 HEURE <input type="checkbox"/> 1 HEURE OU + <input type="checkbox"/> (PASSER A 427)	IMMEDIATEMENT OU MOINS D'1 HEURE <input type="checkbox"/> 1 HEURE OU + <input type="checkbox"/> (PASSER A 427)
426B	Qui vous a conseillé cela? PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE-OBSTETRIC/ TECHNICIEN DE SANTE...C AUTRES AGENTS DE SANTE AIDE-SOIGNANTE.....D MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITION..F AUTRES PERSONNES AMI(E)S/PARENTS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B INFIRMIERE-OBSTETRIC/ TECHNICIEN DE SANTE...C AUTRES AGENTS DE SANTE AIDE-SOIGNANTE.....D MATRONE.....E ACCOUCHEUSE TRADITION..F AUTRES PERSONNES AMI(E)S/PARENTS.....G AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISSANCE	
		NOM _____		NOM _____	
427	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>
		(PASSER A 429)		(PASSER A 429)	
428	Allaitez-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"/>	NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/>	NSP.....98
430	Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE/ MALFORME.....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/ MALFORME.....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"/>	VIVANT <input type="checkbox"/>	DECEDE <input type="checkbox"/>
		(PASSER A 433A)	(RETOURNER A 405 DANS COLONNE SUIVANTE OU SI PLUS DE NAISSANCE PASSER A 440)	(PASSER A 433A)	(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"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT..... <input type="text"/>		
433	Combien de fois avez-vous allaité (NOM) hier, pendant les heures de jour?  SI REPONSE NON-NUMERIQUE, INSISTER POUR OBTENIR UN NOMBRE APPROXIMATIF	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/>	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR..... <input type="text"/>		
433A	Est-ce-que vous avez donné le biberon à (NOM) depuis sa naissance?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 435)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 435)←		
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		

		DERNIERE NAISSANCE			AVANT-DERNIERE NAISSANCE		
		NOM			NOM		
435	Est-ce que (NOM) a reçu, à n'importe quel moment, hier ou la nuit dernière, une des choses suivantes?	OUI NON NSP			OUI NON NSP		
	Eau?	EAU.....1	2	8	EAU.....1	2	8
	Eau sucrée?	EAU SUCREE.....1	2	8	EAU SUCREE.....1	2	8
	Jus de fruits?	JUS DE FRUITS.....1	2	8	JUS DE FRUITS.....1	2	8
	Tisane?	TISANE.....1	2	8	TISANE.....1	2	8
	Aliment pour bébé?	ALIM. POUR BEBE.....1	2	8	ALIM. POUR BEBE.....1	2	8
	Lait en boîte ou en poudre?	LAIT Poudre/BOITE...1	2	8	LAIT Poudre/BOITE...1	2	8
	Lait frais (autre que maternel)?	LAIT FRAIS.....1	2	8	LAIT FRAIS.....1	2	8
	N'importe quel autre liquide?	AUTRES LIQUIDES.....1	2	8	AUTRES LIQUIDES.....1	2	8
	Aliment à base de haricot, mil, riz, sorgho, fonio, blé, maïs, comme de la bouillie?	AL. A BASE DE MIL/ HARIC./RIZ/MAIS/ SORGHO/FONIO/BLE..1	2	8	AL. A BASE DE MIL/ HARIC./RIZ/MAIS/ SORGHO/FONIO/BLE..1	2	8
	Aliment à base de manioc, igname, patate, pomme de terre, plantains?	AL. BASE DE MANIOC/ IGNAME/PATATE/ P.DE.T./PLANTAIN..1	2	8	AL. BASE DE MANIOC/ IGNAME/PATATE/ P.DE.T./PLANTAIN..1	2	8
	Oeufs, poissons, volaille?	OEUF/POISS/VOLAIL...1	2	8	OEUF/POISS/VOLAIL...1	2	8
	Viande?	VIANDE.....1	2	8	VIANDE.....1	2	8
	Autres aliments solides ou semi-solides?	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1	2	8	AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES...1	2	8
436	VERIFIER 435:  NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER?	"OUI" A UN <input type="checkbox"/> OU PLUS	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/>  (PASSER A 438)	"OUI" A UN <input type="checkbox"/> OU PLUS	"NON/NSP" A TOUT <input type="checkbox"/>  (PASSER A 438)		
437	(A part le lait maternel,) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les en-cas?  SI 7 FOIS OU PLUS, ENREGISTRER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>		
		NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8	NSP.....8		
438	Combien de jours, sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants:  Eau?  Lait (autre que le lait maternel)?  Liquides autre que l'eau ou le lait?  Aliment à base de haricot, mil, riz, blé, sorgho, fonio ou maïs?  Aliments à base de manioc, igname, patate, pomme de terre, plantains?  Oeufs, poisson ou volaille?  Viande  Autres aliments solides ou semi-solides?  SI NE SAIT PAS, ENREGISTRER '8'	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS  EAU..... <input type="text"/>  LAIT..... <input type="text"/>  AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/>  AL.BASE HARICOT/MIL/RIZ SORGHO/FONIO/BLE/MAIS  AL.BASE MANIOC/IGNAME/ PATATE/P.DE.T./PLANT.  OEUF/POISS/VOLAIL..... <input type="text"/>  VIANDE..... <input type="text"/>  AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS  EAU..... <input type="text"/>  LAIT..... <input type="text"/>  AUTRES LIQUIDES..... <input type="text"/>  AL.BASE HARICOT/MIL/RIZ SORGHO/FONIO/BLE/MAIS  AL.BASE MANIOC/IGNAME/ PATATE/P.DE.T./PLANT.  OEUF/POISS/VOLAIL..... <input type="text"/>  VIANDE..... <input type="text"/>  AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="text"/>				
439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.				

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

<b>440</b>	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1992 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).																																																																																																										
<b>441</b>	NUMERO DE LIGNE DE Q.212	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <input type="text"/>																																																																																																								
<b>442</b>	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)																																																																																																								
<b>443</b>	Avez-vous une carte où les vaccinations de (NOM) sont inscrites?  SI OUI: Puis-je la voir?	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445)← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447)← PAS DE CARTE.....3	OUI, VUE.....1 (PASSER A 445)← OUI, NON VUE.....2 (PASSER A 447)← PAS DE CARTE.....3																																																																																																								
<b>444</b>	Avez-vous déjà eu une carte de vaccination pour (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 447)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 447)← NON.....2																																																																																																								
<b>445</b>	(1) COPIER LES DATES DE VACCINATIONS DE CHAQUE VACCIN, A PARTIR DE LA CARTE  (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.	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>BCG....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polio 0 (à la naissance)</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polio 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polio 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Polio 3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DTCoq 1</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DTCoq 2</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>DTCoq 3</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Rougeole</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Fièvre Jaune</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vitamine A 1ère Dose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Vitamine A 2ème Dose</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		J	M	A	BCG....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio 0 (à la naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DTCoq 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fièvre Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine A 1ère Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vitamine A 2ème Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td>BCG....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>PO.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P1.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P2.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>P3.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D1.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D2.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>D3.....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ROUG...</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>F.J....</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIT A1.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIT A2.</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		J	M	A	BCG....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	P3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	D3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ROUG...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	F.J....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	VIT A2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	J	M	A																																																																																																								
BCG....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Polio 0 (à la naissance)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Polio 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Polio 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Polio 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
DTCoq 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
DTCoq 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
DTCoq 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Rougeole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Fièvre Jaune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Vitamine A 1ère Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
Vitamine A 2ème Dose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
	J	M	A																																																																																																								
BCG....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
PO.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
P1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
P2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
P3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
D1.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
D2.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
D3.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
ROUG...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
F.J....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VIT A1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
VIT A2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																																																								
<b>446</b>	Est-ce que (NOM) a reçu des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte?  ENREGISTRER 'OUI' SEULEMENT SI L'ENQUETEE MENTIONNE BCG, POLIO 0-3, DTCOQ 1-3, ROUGEOLE ET/OU FIEVRE JAUNE.	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448I)←	OUI.....1 (INSISTER SUR LE TYPE DE VACCIN ET INSCRIRE '66' DANS LA COL. CORRESPONDANT AU JOUR EN 445)← NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448I)←																																																																																																								

		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 448J)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448J)← 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 faite généralement à la naissance, dans la face interne de l'avant-bras gauche et 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 (PASSER A 448J)←	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 448J)←
448I	VERIFIER 445: AU MOINS UNE DOSE DE VITAMINE A ENREGISTREE SUR LA CARTE	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (PASSER A 449)	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> (PASSER A 449)
448J	Est-ce-que (NOM) a reçu une gélule comme celle-ci ? MONTRER LA GELULE DE VITAMINE A	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8
448K	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
453	<p>Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?</p> <p>Quelque part ailleurs?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPEN.</p> <p>PMI/MATERNITE.....B</p> <p>AGENT DE SANTE.....C</p> <p>SECTEUR PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....D</p> <p>MEDECIN PRIVE.....E</p> <p>PHARMACIE.....F</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....G</p> <p>COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE.....H</p> <p>MATRONE/ACCOUCHEUSE</p> <p>AIDE-SOIGNANTE.....I</p> <p>PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CMIE.....J</p> <p>MUTEC.....K</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....L</p> <p>GUERISSEUR/TRADIPRATI./</p> <p>MARABOUT.....M</p> <p>AMI(E)S/PARENTS.....N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPEN.</p> <p>PMI/MATERNITE.....B</p> <p>AGENT DE SANTE.....C</p> <p>SECTEUR PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....D</p> <p>MEDECIN PRIVE.....E</p> <p>PHARMACIE.....F</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....G</p> <p>COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE.....H</p> <p>MATRONE/ACCOUCHEUSE</p> <p>AIDE-SOIGNANTE.....I</p> <p>PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CMIE.....J</p> <p>MUTEC.....K</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....L</p> <p>GUERISSEUR/TRADIPRATI./</p> <p>MARABOUT.....M</p> <p>AMI(E)S/PARENTS.....N</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p>
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464) ←</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>(PASSER A 464) ←</p> <p>NSP.....8</p>
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eu?	<p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>	<p>NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/></p> <p>NSP.....98</p>
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>NSP.....8</p>
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>NSP.....8</p>	<p>MEME.....1</p> <p>PLUS.....2</p> <p>MOINS.....3</p> <p>NSP.....8</p>
459	(NOM) a-t-il reçu à boire un liquide préparé à partir d'un sachet spécial appelé keneyadji?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
460	Est-ce quelque chose d'autre a été donné à (NOM) pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 462)← NSP.....8
461	Qu'a-t-on été donné pour traiter la diarrhée?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE	SSS (SOL.-SALEE-SUCREE)..A COMPRIME OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE.....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....E  AUTRE _____ X (PRECISER)	SSS (SOL.-SALEE-SUCREE)..A COMPRIME OU SIROP.....B INJECTION.....C (I.V.) INTRAVEINEUSE.....D REMEDES MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....E  AUTRE _____ X (PRECISER)
462	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)←
463	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/DISPEN. PMI/MATERNITE.....B AGENT DE SANTE.....C  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....D MEDECIN PRIVE.....E PHARMACIE.....F AGENT DE TERRAIN.....G  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....H MATRONE/ACCOUCHEUSE AIDE-SOIGNANTE.....I  PARA-PUBLIC INPS/CMIE.....J MUTEC.....K  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....L GUERISSEUR/TRADIPRATI./ MARABOUT.....M AMI(E)S/PARENTS.....N  AUTRE _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/DISPEN. PMI/MATERNITE.....B AGENT DE SANTE.....C  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....D MEDECIN PRIVE.....E PHARMACIE.....F AGENT DE TERRAIN.....G  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....H MATRONE/ACCOUCHEUSE AIDE-SOIGNANTE.....I  PARA-PUBLIC INPS/CMIE.....J MUTEC.....K  AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....L GUERISSEUR/TRADIPRATI./ MARABOUT.....M AMI(E)S/PARENTS.....N  AUTRE _____ X (PRECISER)
464		RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.	RETOURNER A 442 DANS LA COLONNE SUIVANTE; OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 465.

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
465	Quand un enfant a la diarrhée, est-ce-qu'on doit 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 doit 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	
466A	Quand un enfant a la diarrhée et qu'il est allaité, est-ce qu'on doit lui donner à téter moins que d'habitude, autant que d'habitude, 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 REPETES.....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 KENEYADJI <input type="checkbox"/> AU MOINS UN ENFANT A REÇU KENEYADJI <input type="checkbox"/>	→501	
470	Avez-vous entendu parlé d'un produit spécial appelé keneyedji que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	

## SECTION 5A. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<table> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>ENFANT MOINS DE 10 ANS.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARI/CONJOINT.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES HOMMES.....</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>AUTRES FEMMES.....</td> <td>1</td> <td>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?	<table> <tr> <td>OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="4">} → 507 → 515</td> </tr> <tr> <td>OUI, VIT AVEC UN HOMME.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>MARIAGE NON CONSOMME.....</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>NON, PAS EN UNION.....</td> <td>4</td> </tr> </table>	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....	1	} → 507 → 515	OUI, VIT AVEC UN HOMME.....	2	MARIAGE NON CONSOMME.....	3	NON, PAS EN UNION.....	4							
OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....	1	} → 507 → 515																
OUI, VIT AVEC UN HOMME.....	2																	
MARIAGE NON CONSOMME.....	3																	
NON, PAS EN UNION.....	4																	
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	<table> <tr> <td>PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	PARTENAIRE SEXUEL REGULIER.....	1	PARTENAIRE SEXUEL OCCASIONNEL...	2	PAS DE PARTENAIRE SEXUEL.....	3										
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?	<table> <tr> <td>OUI, A ETE MARIEE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">} → 515</td> </tr> <tr> <td>OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NON.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	OUI, A ETE MARIEE.....	1	} → 515	OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....	2	NON.....	3									
OUI, A ETE MARIEE.....	1	} → 515																
OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....	2																	
NON.....	3																	
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	<table> <tr> <td>VEUVE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">} → 511</td> </tr> <tr> <td>DIVORCEE.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>SEPEREE.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	VEUVE.....	1	} → 511	DIVORCEE.....	2	SEPEREE.....	3									
VEUVE.....	1	} → 511																
DIVORCEE.....	2																	
SEPEREE.....	3																	
507	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous, ou vit-il ailleurs?	<table> <tr> <td>VIT AVEC ELLE.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>VIT AILLEURS.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	VIT AVEC ELLE.....	1	VIT AILLEURS.....	2												
VIT AVEC ELLE.....	1																	
VIT AILLEURS.....	2																	
507A	NOTER LE NUMERO DE LIGNE DE SON MARI SELON LE QUESTIONNAIRE MENAGE. S'IL NE VIT PAS DANS LE MENAGE, NOTER "00".		<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>															
508	Est-ce que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même?	<table> <tr> <td>OUI.....</td> <td>1</td> <td rowspan="2">} → 511</td> </tr> <tr> <td>NON.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	OUI.....	1	} → 511	NON.....	2											
OUI.....	1	} → 511																
NON.....	2																	
509	Combien d'autres femmes a-t-il?	<table> <tr> <td>NOMBRE.....</td> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td rowspan="2">} → 511</td> </tr> <tr> <td>NSP.....</td> <td>98</td> </tr> </table>	NOMBRE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	} → 511	NSP.....	98											
NOMBRE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	} → 511																
NSP.....	98																	
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	<table> <tr> <td>RANG.....</td> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> </tr> </table>	RANG.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>														
RANG.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois?	<table> <tr> <td>UNE FOIS.....</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>PLUS D'UNE FOIS.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	UNE FOIS.....	1	PLUS D'UNE FOIS.....	2												
UNE FOIS.....	1																	
PLUS D'UNE FOIS.....	2																	
512	<p>VERIFIER 511:</p> <table> <tr> <td>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS</td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint, c'est-à-dire, en quel mois et quelle année avez-vous consommé votre union?</p> <p>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui, c'est-à-dire en quel mois et quelle année avez-vous consommé votre 1ère union?</p> <p>SI UNION "NON CONSOMMEE" RETOURNER A Q.502, ENCERCLER LE CODE '3' ET PASSER A Q.515</p>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS	<input type="checkbox"/>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS	<input type="checkbox"/>	<table> <tr> <td>MOIS.....</td> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> <td rowspan="2">} → 515</td> </tr> <tr> <td>NSP MOIS.....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>ANNEE.....</td> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> </tr> <tr> <td>NSP ANNEE.....</td> <td>98</td> </tr> </table>	MOIS.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	} → 515	NSP MOIS.....	98	ANNEE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	NSP ANNEE.....	98			
MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS	<input type="checkbox"/>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS	<input type="checkbox"/>															
MOIS.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	} → 515																
NSP MOIS.....	98																	
ANNEE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	
NSP ANNEE.....	98																	
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui, c'est-à-dire quand vous avez consommé votre union?	<table> <tr> <td>AGE.....</td> <td><input type="text" value=""/><input type="text" value=""/></td> </tr> </table>	AGE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>														
AGE.....	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>																	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
515	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale.</p> <p>Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?</p>	<p>JAMAIS.....000 → 551</p> <p>NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE SEMAINES.....2 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE DE MOIS.....3 <input type="text"/></p> <p>NOMBRE D'ANNEES.....4 <input type="text"/></p> <p>AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996</p>	
515A	<p>VERIFIER 301 ET 302:</p> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel avez-vous utilisé un condom ?</p> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils mettent une capote en caoutchouc sur leur pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avez-vous utilisé un condom ?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
517	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2 → 519</p>	
518	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCELER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PHI/MATERNITE.....12</p> <p>AGENT DE SANTE.....13</p> <p>SECTEUR PRIVE</p> <p>CLINIQUE.....21</p> <p>MEDECIN PRIVE.....22</p> <p>PHARMACIE.....23</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....24</p> <p>COMMUNAUTAIRE</p> <p>CENTRE DE SANTE.....31</p> <p>AGENT DE SANTE.....32</p> <p>ANIM. DISTRIB/MATRONE/ ACCOUCHEUSE/AIDE-SOIGNANTE...33</p> <p>PARA-PUBLIC</p> <p>INPS/CMIE.....41</p> <p>MUTEC.....42</p> <p>NON GOUVERNEMENTAL</p> <p>ONG/AMPPF.....51</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....61</p> <p>GUERISSEUR/TRADIPRATICIEN</p> <p>MARABOUT.....62</p> <p>AMI(E)S/PARENTS.....63</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
519	<p>Quel âge aviez-vous quand vous avez eu votre premier rapport sexuel?</p>	<p>AGE..... <input type="text"/></p> <p>PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96</p>	

## SECTION 5B. CIRCONCISION FEMININE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
551	Avez-vous été circoncise?	OUI.....1 NON.....2	→555
552	Quel type de circoncision avez-vous subi? Avez-vous eu une clitoridectomie, une excision, ou infibulation?	CLITORIDECTOMIE.....01 EXCISION.....02 INFIBULATION.....03 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
553	Quel âge aviez-vous lorsque vous avez été circoncise?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
554	Qui a procédé à la circoncision?	MEDECIN.....01 INFIRMIERE/SAGE-FEMME FORMEE...02 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....03 PRATICIEN DE LA CIRCONCISION...04 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
555	VERIFIER 214 ET 216:  A AU MOINS UNE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/> N'A PAS DE FILLE VIVANTE <input type="checkbox"/>		→560
556	Est-ce que (NOM DE LA FILLE AINEE) a été circoncise?	OUI.....1 NON.....2 PAS ENCORE.....8	→559A
557	Quel âge avait-elle lorsqu'elle a été circoncise?	AGE EN ANNEES REVOLUES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	
558	Qui a procédé à la circoncision?	MEDECIN.....01 INFIRMIERE/SAGE FEMME FORMEE...02 ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....03 PRATICIEN DE LA CIRCONCISION...04 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
559	Est-ce que quelqu'un a fait des objections contre la circoncision de (NOM DE LA FILLE AINEE)? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES MENTIONNEES.	ENQUETEE.....A MARI DE L'ENQUETEE.....B MERE DE L'ENQUETEE.....C BELLE-MERE DE L'ENQUETEE.....D AUTRE PARENT DE L'ENQUETEE.....E AUTRE PARENT DU MARI.....F AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	→560
559A	Avez-vous l'intention de la faire circoncire ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
560	<p>Pensez-vous que la circoncision féminine devrait encore être pratiquée ou qu'elle devrait être arrêtée?</p>	<p>ENCORE PRATIQUEE.....1  ARRETEE.....2  NSP.....8</p>	<p>→563  →600</p>
561	<p>D'après vous, quel type de circoncision féminine devrait encore être pratiquée : la clitoridectomie, l'excision ou l'infibulation?</p>	<p>CLITORIDECTOMIE.....01  EXCISION.....02  INFIBULATION.....03    AUTRE _____ %  (PRECISER)</p>	
562	<p>Pourquoi pensez-vous que la circoncision féminine devrait encore être pratiquée?</p> <p>Quelle autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.</p>	<p>BONNE TRADITION.....A  COUTUME ET TRADITION.....B  NECESSITE RELIGIEUSE.....C  HYGIENE.....D  MEILLEURE CHANCE DE MARIAGE.....E  PLUS GRAND PLAISIR DU MARI.....F  PRESERVE LA VIRGINITE/  EVITE L'IMMORALITE.....G    AUTRE _____ X  (PRECISER)  NSP.....Y</p>	<p>→600</p>
563	<p>Pourquoi pensez-vous que la circoncision féminine devrait être arrêtée?</p> <p>Quelle autre raison?</p> <p>ENREGISTRER TOUTES LES RAISONS MENTIONNEES.</p>	<p>MAUVAISE TRADITION.....A  CONTRE LA RELIGION.....B  COMPLICATIONS MEDICALES.....C  PROPRE EXPERIENCE DOULOUREUSE...D  CONTRE LA DIGNITE DE LA FEMME...E  EMPECHER LA SATISFACTION  SEXUELLE.....F    AUTRE _____ X  (PRECISER)  NSP.....Y</p>	

SECTION 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A								
600	VERIFIER 515 : A DEJA EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	608								
601	VERIFIER 314: NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>	LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/>	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 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 naissance 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 contente, pas contente, ou cela vous serait-il égal?	CONTENTE.....1 PAS CONTENTE.....2 EGAL.....3									
606	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE ACTUELLEMENT ? PAS POSEE <input type="checkbox"/>	N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT 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 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 → 612 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE _____ 96 (PRECISER) PAS SURE.....98									

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A		
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  STERILE/NON FECONDE.....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</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>	<p>→612</p>		
611	<p>Utiliserez-vous une méthode si vous étiez mariée?</p>	<p>OUI.....1  NON.....2  NSP.....8</p>			
612	<p>VERIFIER Z16:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </td> </tr> </table> <p>INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	<p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>AUTRE _____ 96  (PRECISER)</p> <p>SI "00", PASSER A 614</p>	<p>→614</p>
<p>A DES ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez revenir à l'époque où vous n'aviez pas d'enfants et choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>	<p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p>				
613	<p>Parmi ces enfant, 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>GARCONS</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>			

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
614	En général, approuvez-vous ou désapprouvez-vous les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....3	
615	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable que des informations sur la planification familiale soient données : A la radio? A la télévision?	ACCEPT- ACCEPT- ABLE ABLE NSP RADIO.....1 2 8 TELEVISION.....1 2 8	
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu ou lu quelque chose sur la planification familiale: A la radio? A la télévision? Dans les journaux ou les magazines? Sur une affiche? Sur un prospectus ou une brochure?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES.....1 2 AFFICHE.....1 2 PROSPECTUS OU BROCHURES.....1 2	
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	OUI.....1 NON.....2	→620
619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F BELLE-MERE.....G COUSIN(E)S.....H AMIE(S)/VOISINS.....I  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"/>		→624
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	
624	VERIFIER 515  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		→701
625	Parfois, une femme tombe enceinte alors qu'elle ne le veut pas. Etes-vous déjà tombée enceinte alors que vous ne le désiriez pas?	OUI.....1 NON.....2	→637

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
626	A quel moment cela vous est-il arrivé la dernière fois?  ENREGISTRER LE MOIS ET L'ANNEE.	MOIS..... ANNEE.....	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>				
627	Quand cela vous est arrivé, qu'avez-vous fait?	A STOPPE LA GROSSESSE.....01 A ESSAYE STOPPER GROSSESSE MAIS A ECHOUÉ.....02 A EU UNE FAUSSE-COUCHE.....03 RIEN/A CONTINUE SA GROSSESSE...04  AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→630 →637				
628	Pouvez-vous me dire qu'est-ce que vous avez fait?  Est-ce qu'autre chose a été tenté ?  SUIVRE LES INSTRUCTIONS DE PASSAGE POUR 'H' ET 'I' SEULEMENT SI RIEN D'AUTRE N'A ETE TENTE.	BOISSONS AMERES (HERBES).....A COMPRIMES.....B MASSAGES/PRESSIONS SUR ABDOMEN..C OBJET DANS UTERUS.....D INJECTION.....E ASPIRATION.....F DILATATION ET CURETAGE.....G PRIERES/VOLONTE DE DIEU.....H TRAVAIL EXTENUANT.....I  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	→630				
629	Pouvez-vous me dire qui vous a aidé?  Personne d'autre?	MEDECIN.....A SAGE-FEMME.....B MATRONE.....C ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE....D INFIRMIERE.....E AIDE-SOIGNANTE.....F PHARMACIEN.....G GUERISSEUR TRADITIONNEL.....H MARABOUT.....I MARI/CONJOINT.....J PARENTS.....K AMI(E)S.....L  AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y					
630	Pouvez-vous me dire où vous avez cherché de l'aide pour cela?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PMI/MATERNITE.....12  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....21 MEDECIN PRIVE.....22 PHARMACIE.....23  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....31  PARA-PUBLIC INPS/CMIE.....41 MUTEC.....42  NON GOUVERNEMENTAL ONG/AMPPF.....51  MAISON BOUTIQUE.....61 PROPRE MAISON.....62 AUTRE MAISON.....63  N'A PAS RECHERCHE TRAITEMENT....71  AUTRE _____ 96 (PRECISER)					

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
631	Parfois, les femmes peuvent avoir des problèmes de santé à la suite de cela. Avez-vous eu des problèmes après cela?	OUI.....1 NON.....2	→637
632	Quels problèmes de santé avez-vous eu?	FIEVRE.....01 SAIGNEMENTS VAGINAUX IMPORTANTES.....02 AUTRE.....96 (PRECISER)	
633	Avez-vous cherché à vous faire soigner à cause de ces problèmes?	OUI.....1 NON.....2	→637
634	Où avez-vous été?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PMI/MATERNITE.....12  SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....21 MEDECIN PRIVE.....22 PHARMACIE.....23  COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....31  PARA-PUBLIC INPS/CMIE.....41 MUTEC.....42  NON GOUVERNEMENTAL ONG/AMPPF.....51  MAISON BOUTIQUE.....61 PROPRE MAISON.....62 AUTRE MAISON.....63  AUTRE.....96 (PRECISER)	
635	Avez-vous été hospitalisée?	OUI.....1 NON.....2	→637
636	Combien de nuits avez-vous passé à l'hôpital? SI AUCUNE NUITS, ENREGISTRER '00'.	NUITS A L'HOPITAL.....	<input type="text"/>
637	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI/CONJOINT.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	

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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	<p>VERIFIER 502 ET 504 :</p> <p>ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/></p>		703 709
702	<p>Quel âge a eu votre mari/conjoint à son dernier anniversaire?</p>	AGE.....	<input type="text"/>
703	<p>Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?</p>	OUI.....1 NON.....2	706
704	<p>Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: fondamental 1, fondamental 2, secondaire ou supérieur?</p>	FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE).....1 FONDAMENTAL 2 (COLLEGE).....2 SECONDAIRE LYCEE/TECHNIQUE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	706
705	<p>Quelle est la dernière année qu'il a achevé à ce niveau ?</p>	DERNIERE ANNEE..... NSP.....98	<input type="text"/>
706	<p>Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?</p>		<input type="text"/>
707	<p>VERIFIER 706:</p> <p>TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>ETUDIANT/ NE TRAVAILLE (AIT) PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		709
708	<p>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?</p>	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
709	<p>En dehors de votre travail domestique, est-ce que vous travaillez actuellement?</p>	OUI.....1 NON.....2	712
710	<p>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?</p>	OUI.....1 NON.....2	712
711	<p>Avez-vous travaillé durant les 12 derniers mois?</p>	OUI.....1 NON.....2	801A
712	<p>Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous?</p>		<input type="text"/>
713	<p>VERIFIER 712:</p> <p>TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p> <p>NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/></p>		715
714	<p>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?</p>	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	

\* CODES POUR Q.705

NIVEAU D'EDUCATION:

CLASSE:

- 1= FONDAMENTAL 1 (PRIMAIRE).....01 à 06, 00 (moins d'une année achevée)  
 2= FONDAMENTAL 2 (COLLEGE).....07 à 09, 00 (moins d'une année achevée)  
 3= SECONDAIRE (LYCEE)..... 10 à 12, 00 (moins d'une année achevée)  
 3= SECONDAIRE TECHNIQUE.....01 à 04, 00 (moins d'une année achevée)  
 4= SUPERIEUR.....01 à 04, 00 (moins d'une année achevée)

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																								
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON COMPTE.....3																																									
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année, de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→718 →719																																								
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS.....	<input type="text"/>																																								
718	(Pendant les mois où vous avez travaillé) combien de jours par semaine, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/> →720																																								
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/>																																								
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→723																																								
721	Combien d'argent gagnez-vous habituellement pour ce travail?  INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine ou par mois?	P/HEURE...1 P/JOUR...2 P/SEMAINE.3 P/MOIS...4 P/ANNEE...5 AUTRE _____ 99999996 (PRECISER)	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																																								
722	VERIFIER 502 :  OUI, ACTUEL. MARIEE <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>  Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, votre mari/conjoint, vous avec votre mari/conjoint ou quelqu'un d'autre?  NON, PAS EN UNION <input type="checkbox"/>  Qui décide principalement comment l'argent que vous gagnez va être utilisé: vous, quelqu'un d'autre, ou vous avec quelqu'un d'autre?	ENQUETEE DECIDE.....1 MARI/CONJOINT DECIDE.....2 ENQUETEE DECIDE AVEC MARI/CONJ..3 QUELQU'UN D'AUTRE DECIDE.....4 ENQUETEE DECIDE AVEC QUELQU'UN..5																																									
723	Travaillez-vous habituellement à la maison ou en dehors de la maison?	A LA MAISON.....1 EN DEHORS.....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 AGE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE.....08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																																									

## SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	801K
801B	Quelles maladies connaissez-vous?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 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.....3	801K
801E	Quelles maladies avez-vous eu?  ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS/VEROLE.....A GONORRHEE/BLENNORRAGIE.....B SIDA.....C CONDYLOME/TUMEUR GENITALE.....D  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu (MALADIE DE 801E) avez-vous recherché des conseils ou un traitement ?	OUI.....1 NON.....2	801K
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement?  Quelque part ailleurs?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE DE SANTE/DISPENSAIRE/ PHI/MATERNITE.....B AGENT DE SANTE.....C SECTEUR PRIVE CLINIQUE.....D MEDECIN PRIVE.....E PHARMACIE.....F AGENT DE TERRAIN.....G COMMUNAUTAIRE CENTRE DE SANTE.....H AGENT DE SANTE.....I ANIM. DISTRIB/MATRONE/ ACCOUCHEUSE/AIDE-SOIGNANTE.....J PARA-PUBLIC INPS/CMIE.....K MUTEC.....L NON GOUVERNEMENTAL ONG/AMPPF.....M AUTRE SECTEUR PRIVE BOUTIQUE/MARCHE.....N GUERISSEUR/TRADIPRATICIEN MARABOUT.....O AMI(E)S/PARENTS.....P  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801H	Quand vous avez eu (MALADIE DE 801E), avez-vous averti votre partenaire ?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu (MALADIE DE 801E), avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre partenaire?	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 UTILISE CONDOMS.....B PRIS DES MEDICAMENTS.....C  AUTRE _____ X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
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.....F ECOLE/PROFESSEUR.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H THEATRE POPULAIRE.....I AMI(E)S/PARENTS.....J LIEU DE TRAVAIL.....K  AUTRE _____ X (PRECISER)	
802B	Comment peut-on attraper le SIDA?  Aucune autre façon?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	RAPPORTS SEXUELS.....B NE PAS UTILISER CONDOM.....C RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....E RP. SEXUELS AVEC PROSTITUEES...G RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J DE LA MERE A L'ENFANT.....K EN EMBRASSANT.....L PIQUES DE MOUSTIQUES.....M VIVRE AVEC SIDEEN.....N LAMES, CISEAUX, COUTEAUX, INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..P  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	Que peut-on faire?  Quelque chose d'autre?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C N'AVOIR QU'UN PARTENAIRE.....D ETRE FIDELE.....F EVITER LES PROSTITUEES.....G EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....H EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....I EVITER INJECTIONS.....J EVITER D'EMBRASSER.....L EVITER PIQUES MOUSTIQUES.....M EVITER DE VIVRE AVEC SIDEEN.....N CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS....O EVITER LAME, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..P  AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3	
808A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
809	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	809C 811A
809B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA?  Aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX.....D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX.....E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART.....F N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....H N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....I N'A PAS D'INJECTIONS.....J EVITE LAME, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..P AUTRE _____ X (PRECISER)	811A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA?  Aucune autre raison?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS.....E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....H TRANSFUSION DE SANG.....I INJECTIONS.....J EVITE LAME, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..P AUTRE _____ X (PRECISER)	
811A	Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?  SI OUI, Qu'avez-vous fait?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES.....E DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL.....H ARRETE INJECTIONS.....J EVITE LAME, CISEAUX, COUTEAUX INSTRUMENTS COUPANTS SOUILLES..P AUTRE _____ X (PRECISER) PAS DE CHANGEMENT.....Y	811C
811B	Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé vos décisions d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?  SI OUI, De quelle façon?  ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE.	PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRES.....E ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL.....H AUTRE _____ X (PRECISER) PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y	
811C	Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?	OUI.....1 NON.....2	811F
811D	VERIFIER 515  A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>		901
811E	Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?	OUI.....1 NON.....2	
811F	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

901	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère biologique, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs, et ceux qui sont décédés.  A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE BIOLOGIQUE.... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	---	--

902	VERIFIER 901:    DEUX NAISSANCES OU PLUS <input type="checkbox"/>	SEULEMENT UNE NAISSANCE (L'ENQUETEE SEULEMENT) <input type="checkbox"/> → PASSER A 916
-----	---	--

903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES..... <input type="text"/> <input type="text"/>
-----	--	---

	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]
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						
906 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [2]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [3]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [4]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [5]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [6]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [7]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [8]<
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [7]	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [8]
	SI FEM DE 12 + ALLER A 915						
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98						
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)	<input type="text"/>						
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]
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'une grossesse ou 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						
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [2]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [3]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [4]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [5]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [6]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [7]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [8]
915A Parmi les enfants de NOM combien sont décédés ?	<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]	<input type="text"/> PASSER A [8]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]	[13]	[14]
904 Quel nom a été donné à votre soeur/frère 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	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est encore en vie?	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [9]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [10]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [11]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [12]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [13]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [14]<	OUI.....1 NON.....2 PASSER A 908< NSP.....8 PASSER A [15]<
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [9] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [10] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [11] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [12] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [13] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [14] SI FEM DE 12 + ALLER A 915	<input type="text"/> SI HOM OU FEM AGEE DE-12 ANS PASSER A [15] SI FEM DE 12 + ALLER A 915
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98	19 <input type="text"/> ALLER A 910< NSP.....98
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé(e)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [14]	<input type="text"/> SI HOMME OU DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [15]
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	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	OUI.....1 PASSER A 915< NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou 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<	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	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [9]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [10]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [11]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [12]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [13]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [14]	<input type="text"/> SI 00, PASSER A [15]
915A Parmi les enfants de NOM combien sont décédés ?	<input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> PASSER A [13]	<input type="text"/> PASSER A [14]	<input type="text"/> PASSER A [15]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

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

## SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAIS. DEPUIS JAN. 1992	<input type="checkbox"/>	PAS DE NAIS. DEPUIS JAN. 1992	<input type="checkbox"/>	FIN
------	--	--------------------------	-------------------------------------	--------------------------	-----

A 1002 (COLONNES 2-4) ENREGISTRER LE NUMERO DE LIGNE DE CHAQUE ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1992 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 1992. 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 1992 DOIVENT ETRE PESEES ET MESUREES MEME SI TOUS LES ENFANTS SONT DECEDES. S'IL Y A PLUS DE 2 ENFANTS NES DEPUIS JANVIER 1992 ET ENCORE VIVANTS, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

	1	2	3
	ENQUETEE	DERNIER ENFANT EN VIE	AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002	N° DE LIGNE SELON Q.212	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1003	NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)
1004	DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....
1005	CICATRICE DU BCG FACE INTERNE DE L'AVANT-BRAS GAUCHE	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2
1006	TAILLE (en centimètres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1007	L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?	COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008	POIDS (en kilogrammes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1009	DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....	JOUR..... MOIS..... ANNEE.....
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)
1011	NOM DE L'OPERATEUR:	<input type="checkbox"/>	NOM DE L'ASSISTANT: <input type="checkbox"/>

**OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICI**  
**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:** \_\_\_\_\_