

QUESTIONNAIRE FEMME

IDENTIFICATION																									
NOM DE LA LOCALITE (COMMUNE/VILLAGE).....	<table border="1"> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </table>																								
NOM DU CHEF DE MENAGE																									
N° DU DE.....																									
N° DU MENAGE.....																									
REGION.....																									
URBAIN/RURAL (urbain=1, rural=2).....																									
DARAR/GRANDE VILLE/VILLE/CAMPAGNE *.....																									
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME.....																									
NOM ET NUMERO DE LIGNE DU MARI (SI ENQUETE).....																									

VISITE DE L'ENQUETRIX										
	1	2	3	VISITE FINALE						
DATE				JOUR <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> MOIS <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> ANNEE <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
NOM DE L'ENQUETRIX				CODR ENQUEST. <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
RESULTAT**				RESULTAT <table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>						
PROCHAINE DATE VISITE:				NBR TOTAL DE VISITES <table border="1"><tr><td></td></tr></table>						

* VOIR QUESTIONNAIRE MENAGE
 ** CODES RESULTAT:
 1 ENTIEREMENT REMPLI
 2 PAS A LA MAISON
 3 DIFFERE
 4 REFUSE
 5 PARTIELLEMENT REMPLI
 6 MALADE/FRAPPEE D'INCAPACITE
 7 AUTRE _____ (PRECISER)

UTILISATION D'INTERPRETE : OUI....1, NON....2				<table border="1"> <tr><td></td></tr> <tr><td></td></tr> </table>		
LANGUE DE L'INTERVIEW : W = 1, P = 2, SE = 3, M = 4, D=5, SM=6, ALN = 7, P = 8, AL=9						
NOM DATE	CONTROLE DE TERRAIN	CONTROLE DE BUREAU	NOM ET CODE AGENT DE SAISIE	<table border="1"> <tr><td></td><td></td></tr> </table>		

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
101	ENREGISTRER L'HEURE	HEURE..... MINUTES.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
102	Pour commencer, je voudrais vous poser quelques questions sur vous-même et votre ménage. La plus grande partie des 12 premières années de votre vie, avez-vous vécu à Dakar, dans une grande ville, une ville ou à la campagne?	DAKAR.....1 GRANDE VILLE.....2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4 AUTRES PAYS.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DE LA LOCALITE ACTUELLE DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUSE.....96	<input type="text"/> -105 -105
104	Juste avant de vous installer ici, avez-vous vécu à Dakar, dans une grande ville, une ville ou à la campagne?	DAKAR.....1 GRANDE VILLE.....2 VILLE.....3 CAMPAGNE.....4 AUTRE PAYS.....5	
105	En quel mois et en quelle année êtes-vous née?	MOIS..... MSP MOIS.....98 ANNEE..... MSP ANNEE.....98	<input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge avez-vous actuellement? COMPARER ET CORRIGER 105 ET/OU 106 SI INCOMPATIBLES.	AGE EN ANNEES REVOLUES.....	<input type="text"/>
107	Avez-vous fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	-111
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3	
109	Quelle est la dernière (classe, année) que vous avez achevée dans ce niveau?	CLASSE.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 108:	PRIMAIRE <input type="checkbox"/> SECONDAIRE OU SUPERIEUR <input type="checkbox"/>	-113

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	
113	Etes-vous sénégalaise?	OUI.....1 NON.....2	-114A
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF/LEBOU.....01 POULAR.....02 SERER.....03 MANDINGUE/SOCE/MALINKE.....04 DIOLA.....05 SOMINKE/SARAKOLE.....06 BAMBARA.....07 MANJAAR.....08 MANCAGNE.....09 BALANT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	
114A	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? _____ _____ _____	TRAVAIL DE L'ENQUETEE <div style="display: inline-block; border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px; vertical-align: middle;"></div>	

SECTION 2 : REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues durant votre vie. Avez-vous déjà eu une naissance vivante ?	OUI.....1 NON.....2	-206
202	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles qui habitent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	-204
203	Combien de vos fils habitent avec vous? Et combien de vos filles habitent avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	
204	Avez-vous donné naissance à des fils ou des filles encore en vie et qui n'habitent pas actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	-206
205	Combien de vos fils sont en vie mais n'habitent pas avec vous? Et combien de vos filles sont en vie mais n'habitent pas avec vous? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	
206	Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille, né(e) vivant(e) mais décédé(e) par la suite? SI NON, INSISTER : Aucun(e) fils ou fille qui a pleuré ou qui a donné un signe de vie mais n'a survécu que quelques heures ou quelques jours?	OUI.....1 NON.....2	-209
207	En tout, combien de vos fils sont décédés? Et combien de vos filles sont décédées? SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	FILS DECEDES..... FILLES DECEDEES.....	
208	FAIRE LA SOMME DES REPONSES A 203, 205, ET 207, ET INSCRIRE LE TOTAL. SI AUCUN(E) INSCRIRE '00'.	TOTAL.....	
209	VERIFIER 208 : Je voudrais être sûre d'avoir bien compris : vous avez eu au TOTAL ____ naissances durant votre vie. Est-ce bien exact? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> INSISTER ET CORRIGER 201-208 SI NECESSAIRE		
210	VERIFIER 208 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/>		-223

211 Maintenant, je voudrais vous parler de vos naissances, qu'elles soient encore vivantes ou non, en commençant par la première naissance que vous avez eue.
(INSCRIRE A 212 LE NOM DE TOUTES LES NAISSANCES. INSCRIRE LES Jumeaux ET Triples SUR DES LIGNES SEPARÉES).

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, deuxième...) enfant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?	(NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DÉCÉDÉ(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort/morte? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS. OU EN ANNEES.
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?		INSCRIRE L'ÂGE EN ANNEES REVOLUES		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	

01	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
02	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
03	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
04	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAIS-SANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, deuxième...) enfant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECÉDÉ(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort/morte?
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?		INSCRIRE L'ÂGE EN ANNÉES REVOLUES		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNÉES.

05	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNÉE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES <div></div>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3
(NOM)								
06	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNÉE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES <div></div>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3
(NOM)								
07	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNÉE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES <div></div>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3
(NOM)								
08	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNÉE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNÉES <div></div>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNÉES..3
(NOM)								

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, deuxième...) enfant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	SI VIVANT: Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?	SI VIVANT: (NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECEDÉ(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort/morte?
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?		INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS, EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS, OU EN ANNEES.

09	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES 	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
10	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES 	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
11	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 20	AGE EN ANNEES 	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								
12	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES 	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES...3
(NOM)								

212	213	214	215	216	217	218	219	220
Quel nom a été donné à votre (premier, deuxième...) enfant?		(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)?	(NOM) est-il/elle encore en vie?	Quel âge avait (NOM) à son dernier anniversaire?	(NOM) vit-il/elle avec vous?	SI L'ENFANT A MOINS DE 15 ANS: Avec qui vit-il/elle?	SI DECEDE(E): Quel âge avait-il/elle quand il/elle est mort/morte? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM), en mois? INSCRIRE EN JOURS SI MOINS D'UN MOIS. EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS. OU EN ANNEES.
	ENREGISTRER LE GENRE DE NAISSANCE: SIMPLE OU MULTIPLE		INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?		INSCRIRE L'AGE EN ANNEES REVOLUES		SI 15+: PASSER A LA NAISSANCE SUIVANTE	

13	SIMP...1	GARÇ...1	MOIS... <input type="text"/>	OUI...1	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)	PERE.....1	JOURS... <input type="text"/>
	MULT...2	FILL...2	ANNEE... <input type="text"/>	NON...2 ↓ 220		NON.....2	AUTRE PARENT...2	MOIS...2 <input type="text"/>
(NOM)							QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	ANNEES...3 <input type="text"/>
14	SIMP...1	GARÇ...1	MOIS... <input type="text"/>	OUI...1	AGE EN ANNEES <input type="text"/>	OUI.....1 (PASSER A NAIS.SUIV.)	PERE.....1	JOURS... <input type="text"/>
	MULT...2	FILL...2	ANNEE... <input type="text"/>	NON...2 ↓ 220		NON.....2	AUTRE PARENT...2	MOIS...2 <input type="text"/>
(NOM)							QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A 221)	ANNEES...3 <input type="text"/>

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

LES NOMBRES SONT LES MEMES ☐ V

LES NOMBRES SONT DIFFERENTS ☐ → (VERIFIER ET CORRIGER)

VERIFIER: POUR CHAQUE NAISSANCE: L'ANNEE DE NAISSANCE EST ENREGISTREE (Q215)

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT (Q216): L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE (Q217)

POUR CHAQUE ENFANT DECEDE (Q216): L'AGE AU DECES EST ENREGISTRE (Q220)

POUR L'AGE AU DECES <24 MOIS: LE NOMBRE EXACT DE MOIS EST ENREGISTRE (Q220)

222 VERIFIER 215 ET ENREGISTRER LE NOMBRE DE NAISSANCES VIVANTES DEPUIS LE 1ER JANVIER 1992. S'IL N'Y EN A PAS, INSCRIRE '0'

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
223	Etes-vous enceinte en ce moment?	OUI.....1 NON.....2 PAS SURE.....8	223A
224	De combien de mois êtes-vous enceinte?	MOIS..... <input type="text"/>	
225	Au moment où vous êtes tombée enceinte, vouliez-vous devenir 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 SANS OPINION.....8	
225A	Connaissez-vous un (des) endroit (s) où on peut se faire consulter pour une grossesse ?	OUI.....1 NON.....2	227
225B	Quel (s) endroit (s) connaissez-vous? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLARÉES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE....C SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....D PHARMACIE.....E DOCTEUR PRIVE.....F INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....G AUTRE SECTEUR ASBEP.....H GUERISSEUR TRADITIONNEL.....I EGLISE.....J CONNAISSANCES/PARENTS.....K AUXILIAIRE.....L AUTRE.....N (PRECISER)	
227	Entre le premier jour des règles et le premier jour des règles suivantes, y-a-t-il des moments où une femme a le plus de chances de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	301
228	A quel moment du cycle menstruel, une femme a-t-elle le plus de chances de tomber enceinte?	PENDANT LES REGLES.....1 JUSTE APRES LES REGLES.....2 AU MILIEU DU CYCLE.....3 JUSTE AVANT DEBUT REGLES.....4 AUTRE.....5 (PRECISER) NSP.....8	

SECTION 3 : CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE 1 DANS 302 POUR CHAQUE METHODE MENTIONNEE D'UNE MANIERE SPONTANEE.

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

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

PUIS, POUR CHAQUE METHODE AYANT LE CODE 1 OU 2 ENERCLE DANS 302, POSER 303-303A AVANT DE PASSER A LA QUESTION SUIVANTE

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	303A Quels sont les avantages de (METHODE)?
	LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.		
01 PILULE: Les femmes peuvent prendre une pilule tous les jours.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
02 DIU/STERILITE: Les femmes peuvent avoir un stérilet que le médecin, la sage-femme ou l'infirmière leur place dans l'utérus.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
03 INJECTION: Les femmes peuvent recevoir une injection par un médecin ou une Sage-femme pour éviter de tomber enceinte pendant plusieurs mois.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
04 NORPLANT: Les femmes se font placer sous anesthésie locale par un médecin ou une sage-femme des gélules sur la partie supérieure du bras.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
05 SPERMICIDE: DIAPHRAGME MOUSSE/GELÉE: Les femmes peuvent se mettre à l'intérieur une éponge, un de la pelon ou de la crème avant d'avoir des rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
06 PRESERVATIF/CONDOM: Les hommes peuvent se mettre un condom (une capote anglaise) pendant les rapports sexuels.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____
07 STERILISATION FEMININE/ LIGATURE: Les femmes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfant.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	Avez-vous eu une opération pour éviter d'avoir d'autres enfants? OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE)_____

	302 Avez-vous déjà entendu parler de (METHODE)?	303 Avez-vous déjà utilisé (METHODE)?	303A Quels sont les avantages de (METHODE)?
	LIRE LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE.		

08] STERILISATION MASCULINE/ VASECTOMIE: Les hommes peuvent subir une opération pour ne plus avoir d'enfant.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE) _____
09] CONTINENCE PERIODIQUE/OGINO: Les couples peuvent éviter d'avoir des rapports sexuels certains jours du cycle pendant lesquels la femme est plus susceptible de tomber enceinte.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE) _____
10] RETRAIT/COIT INTERROMPU: Les hommes peuvent faire attention et se retirer avant l'éjaculation.	OUI/SPONTANE.....1 OUI/DESCRIPTION.....2 NON.....3	OUI.....1 NON.....2	A B C D E F G H I J (AUTRE) _____
11] AUTRES METHODES: Avez-vous entendu parler d'autres moyens ou méthodes que les femmes ou les hommes peuvent utiliser pour éviter une grossesse?	OUI/SPONTANE.....1 NON.....3		
1 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	
2 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	
3 _____ (PRECISER)		OUI.....1 NON.....2	

CODES A 303A: LUTTE CONTRE MST/SIDA : A	SANS EFFETS SECONDAIRES : D	CONTROLE/APPROVISI. PEU FREQUENT : G
UTILISATION FACILE : B	COUT FAIBLE/NUL : E	PAS DE PROBLEMES D'OUBLI : H
ACCES FACILE : C	EFFICACE : F	NE SAIT PAS : I

ENCERCLER TOUS LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DE L'ENQUETEE.

305 VERIFIER 303:	AUCUN "OUI" (N'A JAMAIS UTILISE)	AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE)	308
-------------------	-------------------------------------	----------------------------------	-----

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
306	Avez-vous jamais utilisé ou essayé un moyen quelconque pour retarder ou éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	324
307	Qu'avez-vous fait ou utilisé? CORRIGER 303-303A (ET 302 SI NECESSAIRE). PASSER A 308		
308	Maintenant je voudrais vous parler du moment où, pour la première fois, vous avez fait quelque chose ou utilisé une méthode pour éviter de tomber enceinte. Combien d'enfants vivants aviez-vous à ce moment-là? SI AUCUN, INSCRIRE '00'.	NOMBRE D'ENFANTS..... <input type="text"/>	
309	VERIFIER 223 : PAS ENCEINTE <input type="text"/> ENCEINTE <input type="text"/> OU PAS SURE		324
310	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="text"/> FEMME STERILISEE <input type="text"/>		312A
311	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	324
312	Quelle méthode utilisez-vous?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE/SPERM.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98	324
312A	ENCERCLER "07" POUR LA STERILISATION FEMININE.		

QUESTIONS ET FILTRES		CODER	PASSER
318	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>Où a eu lieu la stérilisation? _____</p> <p>Où avez-vous obtenu (METHODE) la dernière fois? _____</p> <p>(NOM DE L'ENDROIT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....11</p> <p>CENTRE SANTE/PMI.....12</p> <p>POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....23</p> <p>INFIRMERIE PRIVEE/CONFES...24</p> <p>AUTRE SECTEUR</p> <p>ASSEF.....31</p> <p>GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32</p> <p>EGLISE.....33</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTS.....34</p> <p>AUXILIAIRE.....41</p> <p>AUTRE.....51</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	321
320	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	<p>FACILE.....1</p> <p>DIFFICILE.....2</p> <p>NE SAIT PAS...3</p>	
321	<p>VERIFIER 312:</p> <p>ELLE/IL EST STERILISE(E) <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE UNE AUTRE METHODE <input type="checkbox"/></p>		329
322	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	<p>MOIS.....</p> <p>ANNEE.....</p>	334
324	Avez-vous l'intention d'utiliser, dans l'avenir, une méthode pour retarder une grossesse ou pour éviter de tomber enceinte?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	326 330
325	Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'avez pas l'intention d'utiliser une méthode?	<p>VEUT DES ENFANTS.....01</p> <p>MANQUE D'INFORMATION.....02</p> <p>PARTENAIRE DESAPPROUVE.....03</p> <p>COUT TROP ELEVE.....04</p> <p>EFFETS SECONDAIRES.....05</p> <p>PROBLEMES DE SANTE.....06</p> <p>DIFFICILE A OBTENIR.....07</p> <p>RELIGION.....08</p> <p>OPOSEE A LA PLANIF. FAMILIALE.09</p> <p>FATALISTE.....10</p> <p>AUTRES PERSONNES DESAPPROUVENT.11</p> <p>RAPPORTS SEX. PEU FREQUENTS...12</p> <p>DIFFICULTE A TOMBER ENCEINTE...13</p> <p>MENOPAUSE/A EU HYSTERECTOMIE...14</p> <p>PAS COMMODE.....15</p> <p>NON MARIEE.....16</p> <p>AUTRE.....17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	330

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A						
331	Quel endroit connaissez-vous? ----- (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HC. AL.....11 CENTRE SANTE/PMI.....12 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 INFIRMERIE PRIVEE/CONFES....24 AUTRE SECTEUR ASBEP.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 EGLISE.....33 CONNAISSANCES/PARENTS.....34 AUXILIAIRE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)	334						
332	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES. INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.	MINUTES.....1 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> HEURES.....2 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>0</td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP.....9998				0			
0									
333	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2 NSP.....8							
334	Durant le mois dernier, avez-vous entendu un message à propos du planning familial à : la radio? la télévision?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2							
335	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable la diffusion d'informations sur le Planning familial à la radio ou à la télévision?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPTABLE.....2 SANS OPINION.....8							
336	Ecoutez-vous la radio au moins une fois dans la semaine?	OUI.....1 NON.....2							
342	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8							
343	VERIFIER 303 : AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE UNE METHODE) : <input type="checkbox"/> AUCUN OUI (N'A JAMAIS UTILISE) : <input type="checkbox"/> 401								

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
344	Quand vous avez commencé à utiliser votre dernière méthode (ou méthode actuelle), qui en avait pris la décision. vous seule? votre mari seul? à deux? ou une autre personne?	ELLE SEULE.....1 MARI SEUL.....2 COUPLE.....3 AUTRE.....4 (PRECISER)	
345	VERIFIER 223, 310 ET 311 :		
	ENCEINTE <input type="checkbox"/> PAS ENCEINTE ET N'UTILISE <input type="checkbox"/> PAS ACTUELLEMENT : UTILISE UNE METHODE <input type="checkbox"/> 401 OU EST STERILISEE :		
346	Quelles sont les raisons pour lesquelles vous avez abandonné votre dernière méthode? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	VOULAIT ENFANT.....A EFFETS SECONDAIRES.....B TOMBEE ENCEINTE/ECHEC CONTRA....C DIFFICILE A OBTENIR.....D COUT ELEVE.....E MANQUE DE MOYENS.....F MARI/PARTENAIRE DESAPPROUVE....G PARENTS DESAPPROUVENT.....H RELIGION.....I PAS DE RAPP. SEXUEL.....J PAS COMMODE.....K AUTRE.....L (PRECISER)	

SECTION 4A : GROSSESSE ET ALLAITEMENT

QUESTIONS ET FILTRES

CODES

PASSER

401 VERIFIER 222 :

UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES
DEPUIS LE 1ER JANV. 1992AUCUNE NAISSANCE
DEPUIS LE 1ER JANV. 1992

501

402 INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS LE 1ER JANV. 1992 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS
NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

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

N° DE LIGNE DE LA Q. 212							
SELON Q. 212 ET Q. 216		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment là, attendre plus tard ou vouliez- vous ne plus avoir d'enfants ?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)-----		A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)-----		A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)-----	
		PLUS TARD.....2		PLUS TARD.....2		PLUS TARD.....2	
		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)-----		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)-----		NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)-----	
		SANS OPINION.....8		SANS OPINION.....8		SANS OPINION.....8	
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="checkbox"/>		MOIS.....1 <input type="checkbox"/>		MOIS.....1 <input type="checkbox"/>	
		ANNEES.....2 <input type="checkbox"/>		ANNEES.....2 <input type="checkbox"/>		ANNEES.....2 <input type="checkbox"/>	
		NSP.....998		NSP.....998		NSP.....998	
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse?	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE.....C MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----		PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE.....C MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----		PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE.....C MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----	
	SI OUI. Qui avez-vous vu?						
	Avez-vous vu quelqu'un d'autre?						
	ENCERCLER LES CODES CORRESPON- DANT AUX REPONSES DECLAREES.						
406	Vous a-t-on donné un carnet de visites prénatales pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous faites pendant cette grossesse?	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
409	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 les convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8
411	Où avez-vous accouché de (NOM)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE....31 AUTRE.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NOM	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM
416	(NOM) a-t-il/elle été pesé(e) à la naissance?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 418)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 419)	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8 (PASSER A 419)
417	Combien pesait-il/elle?	KILOGRAMMES..... NSP.....98	KILOGRAMMES..... NSP.....98	KILOGRAMMES..... NSP.....98
418	Vos règles sont-elles revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 420) NON.....2 (PASSER A 421)		
419	Vos règles sont-elles revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 423)
420	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez vous pas eu de règles ?	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998
421	VOIR 221:	PAS ENCEINTE OU PAS SURE (PASSER A 423)		
422	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424)		
423	Pendant combien de temps après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998	JOUR.....1 MOIS.....2 NSP.....998
424	Avez-vous allaité au sein? (NOM)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 435)	OUI.....1 (PASSER A 433) NON.....2 (PASSER A 435)	OUI.....1 (PASSER A 433) NON.....2 (PASSER A 435)

		DERNIERE NAISSANCE NON	AVANT-DERNIERE NAISS. NON	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON
426	Combien de temps après sa naissance avez-vous mis (NON) au sein pour la première fois? SI MOINS DE 1 HEURE, ENCERCLER '000'. SI MOINS DE 24 HEURES, INSCRIRE DES HEURES. AUTREMENT, INSCRIRE DES JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 JOURS.....2		
427	VOIR 216 :	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDÉ <input type="checkbox"/> (PASSER A 433)		
428	Allaitiez-vous encore (NON)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 433)		
429	Combien de fois avez-vous allaité la nuit dernière entre le coucher et le lever du soleil ? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE NUIT.....		
430	Combien de fois avez-vous allaité hier, pendant les heures de jour entre le lever et le coucher du soleil? SI REPONSE NON NUMERIQUE, INSISTER POUR EVALUER LE NOMBRE.	NOMBRE D'ALLAITEMENTS DE JOUR.....		
431	Avez-vous donné à un moment quelconque hier ou la nuit dernière un des aliments suivants à (NON):	<p>OUI NON</p> <p>EAU1 2</p> <p>JUS DE FRUIT.....1 2</p> <p>LAIT EN BOITE/POUDRE..1 2</p> <p>LAIT DE VACHE/CHEVRE..1 2</p> <p>QUINQUELIBA.....1 2</p> <p>AUTRE LIQUIDE</p> <p>.....1 2</p> <p>(PRECISER)</p> <p>BOUILLIE DE CEREALE...1 2</p> <p>CERELAC.....1 2</p> <p>ALIMENTS SOLIDES.....1 2</p>		

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
432 VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNEE ICI :	"OUI" POUR RIEN DU TOUT UN OU PLUS <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div><input type="checkbox"/></div><div><input type="checkbox"/></div></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"><div>(PASSER A 437)</div><div>(PASSER A 436)</div></div>		
433 Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	MOIS..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	MOIS..... <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> <div style="display: inline-block; width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0 5px;"></div> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)
434 Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE11 (PRECISER)
435 VOIR 216 :	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)
436 Aviez-vous donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISS.	AV. AVANT-DERNIERE NAISS.
		NOM	NOM	NOM
437	Combien de mois avait (NOM) quand vous avez commencé à lui donner les choses suivantes de façon régulière? :			
	Lait en boîte ou lait autre que le lait maternel?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	Eau?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	Quinquéliba?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	Jus de fruit	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	Autres liquides ?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	Autres aliments solides ou en bouillie ?	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	AGE EN MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
		JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96	JAMAIS DONNE REGUL.....96
	SI MOINS DE 1 MOIS. INSCRIRE '00'.		(PASSER A 440)	(PASSER A 440)
438	VOIR 216 :	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>		
		(PASSER A 440)		
439	(NOM) a-t-il/elle bu quelque chose au biberon, hier ou la nuit dernière?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8		
440	RETOURNER A 403 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A LA PREMIERE COLONNE DE 460 :			

SECTION 4B : SANTE

44) NOTER LE NOM ET LE N° DE LIGNE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS LE 1ER JANVIER 1992 DANS LE TABLEAU.
POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE).

N° DE LIGNE DE LA Q. 212							
SELON Q. 212 ET Q. 216		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
		VIVANT	DECEDE	VIVANT	DECEDE	VIVANT	DECEDE
			480		480		480
460	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les deux dernières semaines?	OUI.....1 (PASSER A 462)-----		OUI.....1 (PASSER A 462)-----		OUI.....1 (PASSER A 462)-----	
		NON.....2		NON.....2		NON.....2	
		NSP.....8		NSP.....8		NSP.....8	
461 RETOURNER A 460 POUR LA NAISSANCE SUIVANTE; OU, S'IL N'Y A PLUS DE NAISSANCE, PASSER A 480.							
462	(NOM) a-t-il/elle eu la diarrhée durant les dernières 24 heures?	OUI.....1		OUI.....1		OUI.....1	
		NON.....2		NON.....2		NON.....2	
		NSP.....8		NSP.....8		NSP.....8	
463	Combien de jours (a duré la diarrhée/depuis combien de jours dure la diarrhée)? SI MOINS DE 1 JOUR. INSCRIRE '00'.	JOURS.....		JOURS.....		JOURS.....	
464	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1		OUI.....1		OUI.....1	
		NON.....2		NON.....2		NON.....2	
		NSP.....8		NSP.....8 (PASSER A 468)		NSP.....8 (PASSER A 468)	
465	VOIR 424/428 : DERNIER ENFANT ENCORE ALLAITÉ?	OUI	NON				
			(PASSER A 468)				
466	Quand (NOM) avait la diarrhée, a-t-il/elle allaité?	OUI.....1					
		NON.....2 (PASSER A 468)-----					
467	Avez-vous augmenté ou réduit le nombre de tétées ou avez-vous complètement arrêté?	AUGMENTE.....1					
		REDUIT.....2					
		ARRÊTÉ.....3					
468	En dehors du lait maternel, lui avez-vous donné à boire la même quantité qu'avant la diarrhée, plus, ou moins?	MEME.....1		MEME.....1		MEME.....1	
		PLUS.....2		PLUS.....2		PLUS.....2	
		MOINS.....3		MOINS.....3		MOINS.....3	
		NSP.....8		NSP.....8		NSP.....8	

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.		
		NON		NON		NON		
469	Est-ce que quelque chose a été donné pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 471)----- NSP.....8	
470	Qu'est-ce qui a été donné pour traiter la diarrhée? Quelque chose d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)	LIQUIDE DES SACHETS SRO..A LIQUIDE RECOMMANDE ET FAIT A LA MAISON.....B COMPRIME OU SIROP ANTIBIOTIQUE.....C AUTRE COMPRIME OU SIROP..D INJECTION.....E (I.V.) INTRAVEINEUSE....F REMEDE MAISON/ PLANTES MEDICINALES.....G AUTRE.....H (PRECISER)
471	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 473)-----	
472	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? A quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAR..C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONF..H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)
473	VOIR 470 :	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE [] (PASSER A 475)	OUI, LIQUIDE SRO CITE [] (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE [] (PASSER A 475)	OUI, LIQUIDE SRO CITE [] (PASSER A 475)	NON, LIQUIDE SRO PAS CITE [] (PASSER A 475)	OUI, LIQUIDE SRO CITE [] (PASSER A 475)	
474	(NON) a-t-il/elle reçu LIQUIDE D'UN SACHET SRO - (NON LOCAL) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 476)----- NSP.....8	
475	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu (NON LOCAL)? SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'.	JOURS.....[][] NSP.....98	JOURS.....[][] NSP.....98	JOURS.....[][] NSP.....98	JOURS.....[][] NSP.....98	JOURS.....[][] NSP.....98	JOURS.....[][] NSP.....98	

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NOM		NOM		NOM	
476	VOIR 470 :	OUI, LIQUIDE NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>		OUI, LIQUIDE NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>		OUI, LIQUIDE NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE <input type="checkbox"/>	
		(PASSER A 478)		(PASSER A 478)		(PASSER A 478)	
477	(NOM) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)..... NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)..... NSP.....8		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)..... NSP.....8	
478	Pendant combien de jours (NOM) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec (INGREDIENTS RECOMMANDES)?	JOURS..... NSP.....98		JOURS..... NSP.....98		JOURS..... NSP.....98	
SI MOINS DE 1 JOUR. INSCRIRE '00'.							

479 RETOURNER A 460 POUR L'ENFANT SUIVANT: OU, S'IL N'Y A PLUS D'ENFANT, PASSER A 480.

480 VOIR 470 ET 474 (TOUTES LES COLONNES) :

SOLUTION SRO D'UN SACHET N'A ETE
 DONNEE A AUCUN ENFANT OU
 470 ET 474 NON POSEES.

SOLUTION SRO D'UN
 SACHET DONNEE A UN
 ENFANT :

487

481	Avez-vous déjà entendu parler d'un produit spécial appelé (NOM LOCAL) que vous pouvez obtenir pour le traitement de la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2
482	Avez-vous déjà vu un sachet comme celui-ci auparavant? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2 → 487
483	Avez-vous déjà préparé une solution avec un de ces sachets pour traiter la diarrhée pour vous-même ou quelqu'un d'autre? (MONTRER LE SACHET)	OUI.....1 NON.....2
483A	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer ces sachets?	OUI.....1 NON.....2 → 487

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
483B	Quel endroit connaissez-vous? ----- (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE SANTE/PMI.....12 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 INFIRMERIE PRIVEE/CONFES. ...24 AUTRE SECTEUR ASBEF.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 EGLISE.....33 CONNAISSANCES/PARENTS.....34 AUXILIAIRE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)	
483C	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES. INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....9998	
483D	Quelle distance sépare cet endroit de chez vous? SI SUR PLACE OU MOINS DE 1 KM, ENREGISTRER '00'.	DISTANCE EN KM <input type="text"/> <input type="text"/> 98 KM OU PLUS.....98	
487	VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES) : LIQUIDE RECOMMANDE <input type="checkbox"/> ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT :	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON DONNE A <input type="checkbox"/> → 488A UN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEES :	
488	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) que vous avez donné à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAIRE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K (PRECISER)	
488A	En général, quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de liquide, autant de liquide ou plus de liquide?	MOINS DE LIQUIDE.....1 AUTANT DE LIQUIDE.....2 PLUS DE LIQUIDE.....3 NSP.....4	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
488B	En général, quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de nourriture. autant de nourriture ou plus de nourriture?	MOINS DE NOURRITURE.....1 AUTANT DE NOURRITURE.....2 PLUS DE NOURRITURE.....3 NSP.....4	
488C	Selon vous, quels signes indiqueraient qu'il faut (ra)mener un enfant qui a la diarrhée dans un établissement sanitaire? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DE L'ENQUETEE.	SELLES TRES LIQUIDES.....A VOMISSEMENTS REPETES.....B SOIF INTENSE.....C NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN...D FIEVRE.....E SANG DANS LES SELLES.....F NE S'AMELIORE PAS.....G AUTREH (PRECISER)	
488D	VERIFIER 472: SI 'J' ENCERCLE <input type="checkbox"/> SI 'J' ENCERCLE DANS AUCUNE COLONNE <input type="checkbox"/> -501 AU MOINS 1 FOIS		
488E	Qu'est ce que le guérisseur vous a donné comme traitement pour la diarrhée? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DE L'ENQUETEE.	POUDRE.....A INFUSION.....B PAIN DE SINGE.....C BOUILLIE DE RIZ.....D FEUILLE DE GOYAVE.....E AMULETTES/GRIS-GRIS.....F AUTREG (PRECISER)	
488F	Ce traitement de la diarrhée a-t-il été très efficace, efficace, peu efficace, pas du tout efficace?	TRES EFFICACE.....1 EFFICACE.....2 PEU EFFICACE.....3 PAS DU TOUT EFFICACE.....4	

SECTION 5 : MARIAGE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
501	Etes-vous actuellement mariée?	OUI.....1 NON.....2	1 → 504
502	Etes-vous célibataire, veuve, divorcée ou séparée, ou vivez-vous en union avec quelqu'un?	VIT EN UNION.....1 VEUVE.....2 DIVORCEE.....3 SEPEREE.....4 CELIBATAIRE.....5	1 → 504 2-5 → 509
503	Avez-vous déjà vécu en union avec quelqu'un?	OUI.....1 NON.....2	1 → 509 2 → 513
504	Est-ce que votre mari/conjoint vit avec vous ou habite ailleurs?	VIT AVEC ELLE.....1 VIT AILLEURS.....2	
505	Votre mari/conjoint a-t-il d'autres femmes en plus de vous même?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
509	En quel mois et en quelle année avez-vous consommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	MOIS..... <input type="text"/> NSP MOIS.....98 ANNEE..... <input type="text"/> NSP ANNEE.....98 MARIAGE NON CONSOMME.....96	96 → 513
510	Quel âge aviez-vous quand vous avez consommé votre union avec votre (premier) mari/partenaire?	AGE..... <input type="text"/> NSP AGE.....98	→ 514
513	(SI JAMAIS EN UNION OU 1 ère UNION NON CONSOMMEE). Avez-vous déjà eu des rapports sexuels?	OUI.....1 NON.....2	2 → 518
514	Maintenant nous avons besoin de quelques renseignements sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre la planification familiale et la fécondité. Combien de fois avez-vous eu des relations sexuelles durant les quatre dernières semaines?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	
515	Combien de fois par mois avez-vous habituellement des relations sexuelles?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
516	Combien de temps y-a-t-il depuis que vous avez eu des relations sexuelles pour la dernière fois?	JOURS.....1 SEMAINES.....2 MOIS.....3 ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
517	Quel âge aviez-vous la première fois que vous avez eu des relations sexuelles?	AGE..... PREMIERE FOIS AU MARIAGE.....96	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
517A	VOIR 501 A 503 :		
	A ETE MARIEE OU EN UNION :	JAMAIS MARIEE/ JAMAIS EN UNION	<input type="checkbox"/> -518
517B	Est ce que votre (dernier) mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	-517D
517C	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint : primaire, secondaire ou supérieur?	PRIMAIRE.....1 SECONDAIRE.....2 SUPERIEUR.....3 NSP.....4	
517D	Quel est (était) le genre de travail principal de votre (dernier) mari/conjoint?	TRAVAIL DU MARI/CONJOINT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
518	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT.	OUI NON ENFANTS MOINS DE 10 ANS....1 2 MARI.....1 2 AUTRES HOMMES.....1 2 AUTRES FEMMES.....1 2	
519	ENREGISTRER LA REACTION DE L'ENQUETEE.	SANS GENE.....1 GENEE DEPART.....2 HOSTILE.....3	

SECTION 6 : PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
601	VOIR 312 : NI ELLE NI LUI STERILISE : <input type="checkbox"/> LUI OU ELLE STERILISE (E) : <input type="checkbox"/>		610
602	VOIR 501 ET 502 : ACTUELLEMENT MARIEE OU VIVANT EN UNION : <input type="checkbox"/> NON MARIEE/ NE VIVANT PAS EN UNION : <input type="checkbox"/>		615
603	VOIR 216 ET 223 : PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Voudriez-vous avoir (un/ autre) enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'(autres) enfants? Maintenant j'ai quelques questions au sujet de l'avenir. Après l'enfant que vous attendez, voudriez-vous avoir un autre enfant ou préféreriez-vous ne pas (plus) avoir d'autres enfants?	AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1 PAS D'AUTRE/AUCUN.....2 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....3 PAS DECIDEE OU NSP.....8	610
604	VOIR 223 : PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/> Combien de temps voudriez-vous attendre à partir de maintenant avant la naissance d'(un/autre) enfant? Combien de temps voudriez-vous attendre après la naissance de l'enfant que vous attendez et avant la naissance d'un autre enfant?	MOIS.....1 ANNEES.....2 BIENTOT/MAINTENANT.....994 DIT QU'ELLE NE PEUT PAS TOMBER ENCEINTE.....995 AUTRE 996 (PRECISER) NSP.....998	
610	Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter de tomber enceinte?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 NSP.....8	
612	Avez-vous déjà discuté avec votre mari du nombre d'enfants que vous voudriez avoir?	OUI.....1 NON.....2	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2 NSP.....8	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
617	<p>VOIR 216 :</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S)</p> <p>Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>N'A PAS D'ENFANT VIVANT</p> <p>Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> </div> <p>ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.</p>	<p>NOMBRE.....</p> <p>AUTRE REPONSE96 (PRECISER)</p>	
618	D'après vous, quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>AUTRE996 (PRECISER)</p>	
618A VERIFIER 501, 502, 503 ET 513 : SI "NON" A 513 : A EU RAPPORTS SEXUELS : JAMAIS RAPPORTS SEXUELS			
619	Vous est-il arrivé d'avoir une grossesse non désirée?	OUI.....1 NON.....2 NSP/NR.....8	624
620	Qu'avez-vous fait de cette grossesse?	MENE A TERME.....1 ECHOX INTERRUPTION.....2 INTERRUPTION.....3 AUTRE4 (PRECISER) NSP/NR.....8	
	Est la raison principale pour laquelle vous ne vouliez pas de cette grossesse?	RAISON ECONOMIQUE.....1 NON MARIEE.....2 NE VOULAIT PAS D'ENFANT.....3 ABANDONNEE PAR PARTENAIRE.....4 RAISONS SANITAIRES.....5 VOULAIT SE REPOSER.....6 NON REPONSE.....7 AUTRE8 (PRECISER)	

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
622	<p>VERIFIER 305 :</p> <p>A UTILISE UNE METHODE : <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS UTILISE DE METHODE : <input type="checkbox"/></p>		624
623	Vous est-il arrivé de tomber enceinte pendant que vous utilisez une méthode contraceptive?	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	
624	Selon vous, les femmes pratiquent-elles l'avortement, jamais, quelques fois, souvent, très souvent?	<p>JAMAIS.....1</p> <p>QUELQUES FOIS.....2</p> <p>SOUVENT.....3</p> <p>TRES SOUVENT.....4</p> <p>NSP/NR.....8</p>	<p>701</p> <p>701</p>
625	<p>Selon vous, quelles sont les raisons pour lesquelles les femmes pratiquent l'avortement?</p> <p>ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.</p>	<p>ECHEC CONTRACEPTION.....A</p> <p>PAS D'UTILISATION DE LA CONTRACEPTION.....B</p> <p>IGNORANCE CONTRACEPTION.....C</p> <p>OPPOSITION DU MARI/FAM A LA PF.....D</p> <p>COMPORTEMENTS SEXUELS INSOUCIANTS.....E</p> <p>AUTRES.....F</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP/NR.....G</p>	

SECTION 7 : MST ET SIDA

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
701	Savez-vous qu'il existe des maladies sexuellement transmissibles:	OUI.....1 NON.....2	707B
702	Quelles maladies sexuellement transmissibles connaissez-vous? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SYPHILIS A BLENNORRAGIE B SIDA..... C GONOCOCCIE/CHAUD PISSE..... D AUTRE E (PRECISER) NSP F	
703 VERIFIER 501, 502, 503 ET 513 :			
A EU DES RELATIONS SEXUELLES <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS EU DE RELATIONS SEXUELLES <input type="checkbox"/> 707A			
704	Au cours des douze derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	707A
705	Parmi ces maladies, quelles sont celles que vous avez eu? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SYPHILIS A BLENNORRAGIE B SIDA..... C GONOCOCCIE/CHAUD DE PISSE..... D AUTRE E (PRECISER) NSP F	
706	La dernière fois que vous avez eu une de ces maladies (NOM DE MALADIES), avez-vous demandé conseil ou cherché un traitement?	OUI.....1 NON.....2	707A
707	Où avez-vous demandé un conseil ou cherché un traitement? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL..... A CENTRE SANTE..... B POSTE DE SANTE/PMI..... C SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE..... D PHARMACIE..... E DOCTEUR PRIVE..... F INFIRMERIE PRIVEE/CONFES..... G AUTRE SECTEUR PRIVE ASSEP..... H EGLISE..... I CONNAISSANCES/PARENTS..... J GUERISSEUR/MARABOUT..... K AUTRE L (PRECISER) NSP M	
707A VERIFIER 702			
N'A PAS MENTIONNE 'SIDA' <input type="checkbox"/> A MENTIONNE 'SIDA' <input type="checkbox"/> 708			
707B	Connaissez-vous ou avez-vous entendu parler d'une maladie appelée 'SIDA'?	OUI.....1 NON.....2	715

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
708	Comment une personne peut-elle attraper le SIDA? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	RAPPORTS SEXUELS NORMAUX..... A RAPP.SEX. AVEC PLUS. PARTEN.... B RAPPORTS SEX. AVEC PROSTITUEES. C N'UTILISANT PAS LE CONDOM..... D RAPPORTS AVEC HOMOSEXUELS..... E TRANSFUSION SANGUINE..... F INJECTION..... G PAR LES BAISERS..... H LAME/RASOIR..... I PAR LES MOUSTIQUES..... J AUTRE..... K (PRECISER) NSP L	
709	Selon vous, y a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour se protéger du SIDA ou du virus qui en est responsable?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	711
710	Que peut-elle faire pour se protéger du SIDA? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	PARTENAIRE UNIQUE..... A FIDELITE AUX PARTENAIRE..... B UTILISER LE CONDOM..... C ABSTINENCE..... D PAS DE SEXE AVEC LES PROSTITUEES E PAS DE SEXE AVEC LES HOMOSEXUELS F PAS DE SEXE AVEC PLUS. PARTEN... G PAS DE TRANSFUSION SANGUINE..... H PAS D'INJECTIONS I PAS DE BAISERS..... J PAS DE PIQURE DE MOUSTIQUE..... K CHERCHER PROTECTION CHEZ..... LE GUERISSEUR/MARABOUT..... L AUTRE..... M (PRECISER) AUTRE..... N (PRECISER) NSP..... O	
711	Est-il possible pour une personne qui paraît en bonne santé d'avoir le virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
712	Certaines personnes utilisent le condom quand elles ont des relations sexuelles pour se protéger du SIDA ou des autres maladies sexuellement transmissibles. Avez-vous entendu parler de cela?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
713	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer le condom?	OUI.....1 NON.....2	715

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER				
714	<p>Quel (s) endroit(s) connaissez-vous?</p> <p>ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL.....A</p> <p>CENTRE SANTE.....B</p> <p>POSTE DE SANTE/PMI.....C</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....D</p> <p>PHARMACIE.....E</p> <p>DOCTEUR PRIVE.....F</p> <p>INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....G</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>ASBEP.....H</p> <p>EGLISE.....I</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTS.....J</p> <p>GUERISSEUR/MARABOUT.....K</p> <p>AUTRE.....L</p> <p>(PRECISER)</p>	A				
715	<p>INSCRIRE L'HEURE.</p>	<p>HEURE.....</p> <p>MINUTES.....</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRICE

(A remplir après l'achèvement de l'interview)

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

AUTRES OBSERVATIONS
