

ENQUETE DEMOGRAPHIQUE ET DE SANTE
QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL FEMME

CONFIDENTIEL

IDENTIFICATION											
REGION _____	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr> </table>										
PREFECTURE _____											
VILLE/CANTON _____											
URBAIN/RURAL (URBAIN=1, RURAL=2).....											
VILLAGE/QUARTIER _____											
NUMERO DE GRAPPE.....											
NUMERO DE CONCESSION.....											
NUMERO DU MENAGE.....											
NOM DU CHEF DE MENAGE _____											
NOM ET NUMERO DE LIGNE DE LA FEMME _____											

VISITES D'ENQUETICE												
	1	2	3	VISITE FINALE								
DATE	_____	_____	_____	JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> MOIS <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> AN <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">1</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">9</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">8</td></tr></table>					1	9	9	8
1	9	9	8									
NOM DE L'ENQUETICE	_____	_____	_____	NOM <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
RESULTAT**	_____	_____	_____	RESULTAT <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
PROCHAINE VISITE: DATE	_____	_____		NBRE. TOTAL DE VISITES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
PROCHAINE VISITE: HEURE	_____	_____										

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

QUESTIONNAIRE FRANCAIS.....

1

LANGUE DE L'INTERVIEW *** _____

INTERPRETE : OUI (=1) NON (=2)

*** CODES LANGUES : 1 FRANCAIS 2 EWE 3 COTOKOLI 4 KABYE 5 MOBA 6 AUTRE

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

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. Jusqu'à l'âge de 12 ans, avez-vous vécu la plupart du temps à LOME, CHEF LIEU DE REGION/KPALIME, dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT "PREFECTURE")	LOME.....1 CHEF DE LIEU DE REGION/KPALIME...2 AUTRE VILLE.....3 RURAL.....4 ETRANGER.....5	
103	Depuis combien de temps habitez-vous de façon continue à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE)?	ANNEES..... TOUJOURS.....95 VISITEUSE.....96	<input type="text"/> → 105
104	Juste avant de vous installer à (NOM DU LIEU ACTUEL DE RESIDENCE), viviez-vous à LOME, CHEF LIEU DE REGION/KPALIM dans une autre ville, en milieu rural ou à l'étranger? _____ (NOM DE L'ENDROIT "PREFECTURE")	LOME.....1 CHEF DE LIEU DE REGION/KPALIME...2 AUTRE VILLE.....3 RURAL.....4 ETRANGER.....5	
105	En quel mois et quelle année êtes-vous née?	MOIS..... NSP MOIS.....98 ANNEE..... NSP ANNEE.....9998	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
106	Quel âge avez-vous actuellement? 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	→ 113B
108	Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez atteint: primaire, 2 ème degré, 3 ème degré, supérieur?	PRIMAIRE.....1 DEUXIEME DEGRE.....2 TROISIEME DEGRE.....3 SUPERIEUR.....4	
109	Quelle est la dernière classe que vous avez achevée à ce niveau? (CONVERTIR EN NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES)	NBRE D'ANNEES ACHEVEES.....	<input type="text"/>
110	VERIFIER 106: AGEE DE 24 ANS <input type="checkbox"/> OU MOINS	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
111A	A quel âge avez-vous arrêté d'aller à l'école?	AGE.....	<input type="text"/>

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
117	Avez-vous l'habitude de regarder la télévision souvent, parfois ou jamais?	SOUVENT.....1 PARFOIS.....2 JAMAIS.....3	→118
117A	Quels jours de la semaine avez-vous l'habitude de regarder la télévision? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "TOUS LES JOURS", "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LUNDI.....A MARDI.....B MERCREDI.....C JEUDI.....D VENDREDI.....E SAMEDI.....F DIMANCHE.....G TOUS LES JOURS.....H ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
117B	A quelles heures avez-vous l'habitude de regarder la télévision? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES DONNEES. SI LA REPONSE EST "TOUTE LA JOURNEE", "ÇA DEPEND", "N'IMPORTE" OU "NSP", VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QU'UN SEUL CODE.	LE MATIN.....A DE 12 A 14 HEURES.....B DE 14 A 18 HEURES.....C DE 18 A 20 HEURES.....D AU DELA DE 20 HEURES.....E TOUTE LA JOURNEE.....F ÇA DEPEND/N'IMPORTE.....X NSP.....Z	
117C	Quel genre d'émission avez-vous l'habitude de regarder? INSISTER POUR OBTENIR LE GENRE D'EMISSION. ENREGISTRER TOUTES LES EMISSIONS REGARDEES.	VARIETE MUSICALE.....A SPORT.....B FILM/FEUILLETON.....C JOURNAL TELEVISE.....D REPORTAGE.....E EMISSION SUR LA SANTE.....F AUTRE _____ X (PRECISER)	
118	Quelle religion pratiquez-vous?	TRADITIONNELLE.....1 ISLAMIQUE.....2 CATHOLIQUE.....3 PROTESTANTE PRESBY/METHODISTE...4 AUTRE CHRETIENNE.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER) AUCUNE.....7	
119	Quelle est votre nationalité?	TOGOLAISE.....1 AUTRE _____ 2 (PRECISER)	→120
119B	Quelle est votre ethnie? _____ (NOM DE L'ETHNIE)	ADJA-EWE.....1 AKPOSSO/AKEBOU.....2 ANA-IFE.....3 KABYE/TEM.....4 PARA-GOURMA/AKAN.....5 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	

SECTION 2. REPRODUCTION

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
201	Maintenant je voudrais vous parler de toutes les naissances que vous avez eues dans votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants?	OUI.....1 NON.....2	→206
202	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance et qui vivent actuellement avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→204
203	Combien de vos fils vivent avec vous? Combien de vos filles vivent avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS A LA MAISON..... FILLES A LA MAISON.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
204	Avez-vous des fils ou des filles à qui vous avez donné naissance, qui sont toujours en vie mais qui ne vivent pas avec vous?	OUI.....1 NON.....2	→206
205	Combien de vos fils sont vivants mais ne vivent pas avec vous? Combien de vos filles sont vivantes mais ne vivent pas avec vous? SI "AUCUN", NOTER '00'	FILS AILLEURS..... FILLES AILLEURS.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
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.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
208	FAITES LA SOMME DE Q. 203, 205 ET 207, ET NOTER LE TOTAL. SI "AUCUN", NOTER '00'	TOTAL.....	<input type="text"/> <input type="text"/>
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 JUMENTS ET TRIPLES SUR DES LIGNES SEPARÉES.

212	213	214	215	216	217	218	219	220	221
Quel nom a été donné à votre (premier/suivant) enfant? (NOM)	Parmi ces naissances, y avait-il des jumeaux?	(NOM) est-ce un garçon ou une fille?	En quel mois et quelle année est né(e) (NOM)? INSISTER: Quelle est sa date de naissance? OU: En quelle saison est-il/elle né(e)?	(NOM) est-il/elle toujours en vie?	Quel âge a (NOM) actuellement? NOTER L'AGE EN ANNEES REVOLUES	(NOM) vit-il/elle avec vous?	Quel âge avait (NOM) quand il/elle est mort(e)? SI "1 AN", INSISTER: Quel âge avait (NOM) en mois? NOTER EN JOURS SI MOINS D'1 MOIS; EN MOIS SI MOINS DE 2 ANS; OU EN ANNEES.	SOUSTRAIRE DE L'ANNEE NAISSANCE DE (NOM) L'ANNEE DE LA NAISSANCE PRECEDENTE. LA DIFFERENCE EST-ELLE DE 4 ANS OU PLUS?	Y-a-t-il eu d'autres naissances vivantes entre (NOM DE LA NAISSANCE PRECEDENTE) et (NOM)?
01	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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... AN 1 9	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)
03	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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)
04	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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)
05	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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)
06	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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)
07	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	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)

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

08	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
09	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
10	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2
11	SIMP..1 MULT..2	GARÇ..1 FILL..2	MOIS... AN 1 9	OUI..1 NON..2 ↓ 219	AGE EN ANNEES	OUI...1 NON...2 (ALLEZ ← A 220)	JOURS...1 MOIS...2 ANNEES..3	OUI....1 NON....2 (NAIS. ← SUIVANTE)	OUI..1 NON..2

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

223 Avez-vous eu d'autres naissances vivantes depuis la naissance de (NOM DE NIEME NAISSANCE)? OUI.....1
SI OUI, INSCRIVEZ LA(ES) NAISSANCES DANS LE TABLEAU
SI NON, DEMANDEZ LES RAISONS ET INSCRIVEZ-LES. NON.....2

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

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

↓

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

POUR CHAQUE ENFANT VIVANT: L'AGE ACTUEL EST ENREGISTRE

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

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

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

SECTION 3. CONTRACEPTION

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

ENCERCLER LE CODE '1' DANS 301 POUR CHAQUE METHODE DECLAREE D'UNE MANIERE SPONTANEE. PUIS CONTINUER A LA COLONNE 302 EN LISANT LE NOM ET LA DESCRIPTION DE CHAQUE METHODE NON DECLAREE SPONTANEMENT. ENCERCLER 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' ENERCLE A 301 OU A 302, POSER 303.

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

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 pour la première fois, était-ce parce que vous vouliez avoir un autre enfant, mais vous le vouliez plus tard, ou parce que vous ne vouliez plus avoir d'enfant?	VOULAIT ENFANT PLUS TARD.....1 NE VOULAIT PLUS D'ENFANT.....2 AUTRE _____ 6 (PRECISER)	
311	VERIFIER 303: FEMME NON STERILISEE <input type="checkbox"/> FEMME STERILISEE <input type="checkbox"/>		→314A
312	VERIFIER 227: PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> ENCEINTE <input type="checkbox"/>		→332
313	En ce moment, faites-vous quelque chose ou utilisez-vous une méthode pour éviter de tomber enceinte?	OUI.....1 NON.....2	→331
314	Quelle méthode utilisez-vous? (VERIFIEZ QUE LA METHODE CITEE EST CONNUE ET DEJA UTILISEE)	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 ABSTINENCE PROLONGEE.....11 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→326 →318A →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	A						
318A	Pourquoi avez-vous eu (vous ou votre conjoint/partenaire) une opération pour ne plus avoir d'enfants plutôt que que d'utiliser une autre méthode?	COUT/MOINS CHER.....01 PLUS DISPONIBLE.....02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE DEFINITIVE.....08 AUTRE _____ 96 (PRECISER)							
318B	Où a eu lieu la stérilisation? 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'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12 DISPENSAIRE/INFIRMERIE.....13 P.M.I.....14 CASE/POSTE DE SANTE.....15 AUTRE PUBLIC _____ 16 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 ATBEF.....23 CABINET MEDICAL.....24 AGENT DE TERRAIN.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98							
319	Regrettez-vous d'avoir eu (ou que votre mari ait eu) une opération pour ne plus avoir d'enfants?	OUI.....1 NON.....2	→321						
320	Pourquoi regrettez-vous l'opération?	ENQUETEE VEUT AUTRE ENFANT.....01 MARI/CONJOINT VEUT ENFANT.....02 EFFETS SECONDAIRES.....03 ENFANT DECEDE.....04 AUTRE _____ 96 (PRECISER)							
321	En quel mois et quelle année la stérilisation a-t-elle eu lieu?	MOIS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> ANNEE..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>1</td><td>9</td><td> </td><td> </td></tr></table>			1	9			→329A
1	9								
323	Comment déterminez-vous les jours de votre cycle mensuel pendant lesquels vous ne devez pas avoir de relations sexuelles de peur de tomber enceinte?	BASEE SUR LE CALENDRIER.....01 BASEE SUR TEMPERATURE CORPS....02 BASEE SUR MUCUS CERVICAL (METHODE BILLINGS).....03 BASEE SUR TEMPERATURE DU CORPS ET MUCUS CERVICAL.....04 PAS DE SYSTEME SPECIFIQUE.....05 AUTRE _____ 96 (PRECISER)							
326	Depuis combien de mois utilisez-vous (METHODE CITEE EN Q.314) de façon continue? SI MOINS DE 1 MOIS, NOTER '00'.	MOIS..... <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 8 ANS OU PLUS.....96							

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
326A	Pourquoi utilisez-vous (METHODE CITEE EN Q314) plutôt qu'une autre méthode?	COUT/PAS CHER/COUTE RIEN.....01 PAS PROBLEME DE DISPONIBILITE..02 M'A ETE PRESCRIT.....03 PLUS EFFICACE.....04 PAS EFFETS SECONDAIRES.....05 ÇA ME CONVIENT.....06 SEULE METHODE CONNUE.....07 METHODE REVERSIBLE.....08 PROTEGE CONTRE SIDA/MST.....09 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
326B	Pour combien de temps comptez-vous utiliser (METHODE CITEE en Q314) 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 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 ABSTINENCE PROLONGEE.....11 AUTRE METHODE.....96	→ 329A → 332
328	Où avez-vous obtenu (METHODE UTILISEE) 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'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12 DISPENSAIRE/INFIRMERIE.....13 P.M.I.....14 CASE/POSTE DE SANTE.....15 PHARMACIE.....16 AUTRE PUBLIC _____ 17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVEE.....21 PHARMACIE.....22 ATBEF.....23 CABINET MEDICAL.....24 AGENT DE TERRAIN.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 26 (PRECISER) AUTRE PRIVE MARCHE/BOUTIQUE.....31 EGLISE.....32 AMIS/PARENTS.....33 STATION D'ESSENCE.....34 AUTRE _____ 96 (PRECISER)	
329	Connaissez-vous un autre endroit où vous auriez pu vous procurer (METHODE) la dernière fois?	OUI.....1 NON.....2	→ 334
329A	Au moment de la stérilisation, connaissiez-vous un autre endroit où vous auriez pu subir cette même opération?		

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
3298	<p>Les gens choisissent l'endroit où se procurer des services de planification familiale, pour différentes raisons.</p> <p>Quelles sont les raisons pour lesquelles vous êtes allée à (NOM DE L'ENDROIT CITE A Q.328 OU Q.318) plutôt qu'à l'(autre) endroit que vous connaissez?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST MENTIONNE SI LA REPONSE EST "NSP" VOUS NE DEVEZ ENCERCLER QUE CE CODE.</p> <p>Autres raisons?</p>	<p>ACCESSIBILITE PLUS PROCHE DOMICILE.....A PLUS PROCHE MARCHÉ/TRAVAIL...B TRANSPORT DISPONIBLE.....C</p> <p>RAISONS RELATIVES AU SERVICE PERSONNEL PLUS COMPETENT/ AIMABLE.....D PLUS PROPRE.....E OFFRE PLUS D'INTIMITE.....F ATTENTE MOINS LONGUE.....G TEMPS D'OUVERTURE PLUS LONG...H MEME ETABLISSEMENT OFFRE D'AUTRES SERVICES.....I DISPONIBILITE DE LA METHODE A TOUS MOMENTS.....J</p> <p>COUTS PLUS FAIBLES/MOINS CHER...K →334</p> <p>VOULAIT ANONYMAT.....L</p> <p>AUTRE _____ X (PRECISER)</p> <p>NSP.....Z</p>	
331	<p>Quelle est la principale raison pour laquelle vous n'utilisez pas une méthode pour éviter une grossesse?</p>	<p>NON MARIEE.....11</p> <p>RAISONS LIEES A LA FECONDITE PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....21 RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 POST-PARTUM/ALLAITEMENT.....25 VEUT DES (D'AUTRES) ENFANTS...26 ENCEINTE.....27</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 AUX METHODES 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 AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
332	<p>Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer une méthode de planification familiale?</p>	<p>OUI.....1 NON.....2 →334</p>	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
333	<p>Où est-ce?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ETABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL11</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE.....13</p> <p>P.M.I.....14</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE.....15</p> <p>PHARMACIE D'ETAT.....16</p> <p>AUTRE PUBLIC.....17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>ATBEF.....23</p> <p>CABINET MEDICAL.....24</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....25</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL.....26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>EGLISE.....32</p> <p>AMIS/PARENTS.....33</p> <p>STATION D'ESSENCE.....34</p> <p>AUTRE.....96</p> <p>(PRECISER)</p>	
334	<p>Avez-vous reçu la visite d'un agent de planification familiale au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
335	<p>Avez-vous été dans un établissement de santé pour n'importe quelle raison au cours des 12 derniers mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→337
336	<p>Est-ce que quelqu'un dans l'établissement de santé vous a parlé des méthodes de planification familiale?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	
337	<p>Pensez-vous que le fait d'allaiter peut influencer les chances d'une femme de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	→401
338	<p>Pensez-vous que l'allaitement augmente ou diminue les chances d'une femme de tomber enceinte?</p>	<p>AUGMENTE.....1</p> <p>DIMINUE.....2</p> <p>ÇA DEPEND.....3</p> <p>NSP.....8</p>	→401
339	<p>VERIFIER 210:</p> <p>UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES <input type="checkbox"/></p> <p>AUCUNE NAISSANCE <input type="checkbox"/></p>		→401
340	<p>Avez-vous déjà compté sur l'allaitement comme un moyen d'éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	→401
341	<p>VERIFIER 227 ET 311:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE ET NON STERILISEE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE OU STERILISEE <input type="checkbox"/></p>		→401
342	<p>Comptez-vous actuellement sur l'allaitement pour éviter de tomber enceinte?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	

SECTION 4A. GROSSESSES ET ALLAITEMENT

401	VERIFIER 225: UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS JANV. 1995	<input type="checkbox"/> AUCUNE NAISSANCE DEPUIS JANV. 1995	<input type="checkbox"/> → (PASSER A 465)
402	INSCRIRE LE NUMERO DE LIGNE, LE NOM, L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE SURVENUE DEPUIS JANV. 1995 ENREGISTREE DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION. POSER LES QUESTIONS POUR TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE 2 NAISSANCES, UTILISER UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE.) Maintenant, je voudrais vous poser d'autres questions sur la santé de tous les enfants que vous avez eu dans les 3 dernières années. Nous parlerons d'un enfant à la fois.		
403	NUMERO DE LIGNE DE Q212 DANS LE TABLEAU DE REPRODUCTION	DERNIERE NAISSANCE N° DE LIGNE..... <input type="text"/> <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 pas (plus) avoir d'enfant du tout?	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407) ← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS/PLUS.....3 (PASSER A 407) ←	A CE MOMENT.....1 (PASSER A 407) ← PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PAS/PLUS.....3 (PASSER A 407) ←
406	Combien de temps auriez-vous souhaité attendre encore? (MOINS DE 1 AN, NOTEZ EN MOIS 1 AN OU PLUS, NOTEZ EN ANNEES)	MOIS.....1 <input type="text"/> <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 MATRONE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y (PASSER A 410) ←	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B MATRONE.....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)? _____ (NOM DE L'ETABLISSEMENT POUR DERNIERE NAISSANCE) _____ (NOM DE L'ETABLISSEMENT POUR AVANT DERNIERE NAISSANCE)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL21 CENTRE MEDICO-SOCIAL...22 DISPENSARE/INFIRMERIE.23 P.M.I.....24 CASE/POSTE DE SANTE...25 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31 CABINET MEDICAL.....32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)	DOMICILE VOTRE DOMICILE.....11 AUTRE DOMICILE.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL21 CENTRE MEDICO-SOCIAL...22 DISPENSARE/INFIRMERIE.23 P.M.I.....24 CASE/POSTE DE SANTE...25 AUTRE PUBLIC _____ 26 (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL HOPITAL/CLINIQUE PRIV..31 CABINET MEDICAL.....32 AUTRE PRIVE MEDICAL _____ 36 (PRECISER) AUTRE _____ 96 (PRECISER)
413	Qui vous a assistée pendant l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre vous a-t-il assistée? INSISTER POUR OBTENIR LE TYPE DE PERSONNE. ENREGISTRER TOUTES LES PERSONNES CITEES.	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B MATRONE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AGENT DE SANTE.....E PARENTS/AMIS.....F AUTRE _____ X (PRECISER) PERSONNE.....Y	PROFESSIONNELS DE SANTE MEDECIN.....A INFIRMIERE/SAGE-FEMME..B MATRONE.....C AUTRE PERSONNE ACCOUCHEUSE TRADITIONNELLE.....D AGENT DE SANTE.....E PARENTS/AMIS.....F 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 contrac- tions 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, que vous avez pensé que votre vie était en danger? Des convulsions non causées par la fièvre, que vous avez pensé que votre vie était en danger?	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 (PLUS DE 12 HEURES) SAIGNEMENTS EXCESSIFS.....1 2 FORTE FIEVRE AVEC PERTES VAGINALES.....1 2 CONVULSIONS.....1 2	OUI NON LONG TRAVAIL.....1 2 (PLUS DE 12 HEURES) 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 (NOM)? ENREGISTRER LE POIDS PORTE SUR LE CARNET DE SANTE, SI DISPONIBLE (SI EN KG, CONVERTIR EN GRAMMES)	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998	GRAMMES DU CARNET.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRAMMES DE LA MEMOIRE..2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....99998
419	Est-ce que vos règles sont revenues depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 421)← NON.....2 (PASSER A 422)←	
420	Est-ce que vos règles sont revenues entre la naissance de (NOM) et votre grossesse suivante?		OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 424)←
421	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM), n'avez-vous pas eu de règles?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
422	VERIFIER 227: ENQUETEE ENCEINTE?	PAS ENCEINTE <input type="checkbox"/> ↓ ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/> (PASSER A 424)	
423	Avez-vous repris les rapports sexuels depuis la naissance de (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 425)←	
424	Pendant combien de mois après la naissance de (NOM) n'avez-vous pas eu de rapports sexuels?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
425	Avez-vous allaité (NOM)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 431)←
426	Combien de temps après la naissance avez-vous mis (NOM) au sein? SI MOINS D'1 HEURE, NOTER '00' H. SI MOINS DE 24 H., NOTER EN HEURES. AUTREMENT NOTER EN JOURS.	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>	IMMEDIATEMENT.....000 HEURES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> JOURS.....2 <input type="text"/> <input type="text"/>
427	VERIFIER 404: ENFANT VIVANT?	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)	VIVANT <input type="checkbox"/> ↓ DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 429)
428	Allaitiez-vous encore (NOM)?	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2	OUI.....1 (PASSER A 432)← NON.....2
429	Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98

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

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
436	VERIFIER 435: NOURRITURE OU LIQUIDE DONNE HIER?	"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (PASSER A 438)
		"OUI" <input type="checkbox"/> A UN OU PLUS	"NON/NSP" <input type="checkbox"/> A TOUT (PASSER A 438)
437	(A part le lait maternel,) combien de fois (NOM) a-t-il/elle mangé hier, y compris les repas et les liquides? SI "7 FOIS OU PLUS", NOTER '7'.	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....8	NOMBRE DE FOIS..... <input type="checkbox"/> NSP.....8
438	Combien de jours, sur les 7 derniers jours, (NOM) a-t-il/elle reçu un des liquides et/ou aliments suivants:* Eau? Lait (autre que le lait maternel)? Liquides autre que l'eau ou le lait? (tisane, jus, eau sucrée, etc...) Aliment à base de (Mais, mil, pain, sorgho, soja)? Aliment à base de (igname, manioc)? Oeufs, poisson ou volaille? Viande? Autres aliments solides ou semi-solides? SI "NE SAIT PAS", NOTER '8'.	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="checkbox"/> LAIT..... <input type="checkbox"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/> ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN..... <input type="checkbox"/> ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC..... <input type="checkbox"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/> VIANDE..... <input type="checkbox"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>	ENREGISTRER LE NOMBRE DE JOURS EAU..... <input type="checkbox"/> LAIT..... <input type="checkbox"/> AUTRES LIQUIDES..... <input type="checkbox"/> ALIM. A BASE DE MAIS, MIL, PAIN..... <input type="checkbox"/> ALIM. A BASE DE IGNAME, MANIOC..... <input type="checkbox"/> OEUF/POISSON/VOLAILLE.. <input type="checkbox"/> VIANDE..... <input type="checkbox"/> AUTRES ALIM. SOLIDES OU SEMI-SOLIDES..... <input type="checkbox"/>
439		RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.	RETOURNER A 405 DANS LA COLONNE SUIVANTE OU, SI PLUS DE NAISSANCE, ALLER A 440.

SECTION 4B. VACCINATION ET SANTE

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

		DERNIERE NAISSANCE	AVANT-DERNIERE NAISSANCE
		NOM _____	NOM _____
447	(NOM) a-t-il/elle reçu des vaccinations pour lui éviter d'attraper des maladies?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 449)← NSP.....8
448	Dites-moi, s'il vous plaît, si (NOM) a reçu une des vaccinations suivantes :		
448A	La vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection à l'avant bras gauche (tiers supérieur) qui laisse une cicatrice?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
448B	Le vaccin contre la Polio, c'est-à-dire des gouttes dans la bouche?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448E)← NSP.....8
448C	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448D	Quand est-ce que le premier vaccin contre la Polio a été donné, juste après la naissance ou plus tard?	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2	JUSTE APRES NAISSANCE....1 PLUS TARD.....2
448E	Le vaccin du DTCoq (au bras ou à la cuisse)c'est-à-dire une injection généralement faite en même temps que l'on donne les gouttes contre la Polio?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 448G)← NSP.....8
448F	Combien de fois?	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>	NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/>
448G	Une injection contre la ROUGEOLE (au tiers supérieur du bras ou dans le dos)?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
449	Est-ce que (NOM) a eu de la fièvre, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
450	Est-ce que (NOM) a souffert de la toux, à un moment quelconque, les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)← NSP.....8
451	Quand (NOM) était malade de la toux, respirait-il/elle plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
452	Avez-vous demandé des conseils ou un traitement pour la toux?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 454)←

		DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISSANCE NOM _____
453	Où avez-vous demandé des conseils ou un traitement? Quelque part d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	SECTEUR PUBLIC HOPITALA CENTRE MEDICO-SOCIAL...B DISPENSAIRE/INFIRMERIE..C P.M.I.....D CASE/POSTE DE SANTE.....E PHARMACIE D'ETAT.....F AUTRE PUBLICG _____ G (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H PHARMACIE.....I CABINET MEDICAL.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVEL _____ L (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....M GUERISSEUR TRADITION...N _____ X (PRECISER)	SECTEUR PUBLIC HOPITALA CENTRE MEDICO-SOCIAL...B DISPENSAIRE/INFIRMERIE..C P.M.I.....D CASE/POSTE DE SANTE.....E PHARMACIE D'ETAT.....F AUTRE PUBLICG _____ G (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIV...H PHARMACIE.....I CABINET MEDICAL.....J AGENT DE SANTE.....K AUTRE MEDICAL PRIVEL _____ L (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....M GUERISSEUR TRADITION...N _____ X (PRECISER)
454	Est-ce-que (NOM) a eu la diarrhée durant les 2 dernières semaines?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 464)← NSP.....8
455	Y-avait-il du sang dans les selles?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8
456	Le pire jour de la diarrhée, combien de selles (NOM) a-t-il eues ?	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NOMBRE DE SELLES..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
457	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de liquide qu'avant la diarrhée, plus, ou moins, ou rien?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 RIEN.....4 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 RIEN.....4 NSP.....8
458	(NOM) a-t-il reçu la même quantité de nourriture qu'avant la diarrhée, plus, ou moins, ou rien?	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 RIEN.....4 NSP.....8	MEME.....1 PLUS.....2 MOINS.....3 RIEN.....4 NSP.....8

470	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:	AUCUN ENFANT N'A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN ENFANT A RECU DES SRO <input type="checkbox"/>	→501
471	Avez-vous entendu parler d'un produit spécial appelé SRO/ ORASEL que l'on peut obtenir pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	→477	
471A	Avez-vous déjà utilisé ce produit?	OUI.....1 NON.....2	→473	
472	Où avez-vous obtenu le SRO la dernière fois? S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCELER LE CODE APPROPRIE. _____ (NOM DE L'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12 DISPENSAIRE/INFIRMERIE.....13 P.M.I.....14 CASE/POSTE DE SANTE.....15 PHARMACIE D'ETAT.....16 AUTRE PUBLIC.....17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 ATBEF.....23 CABINET MEDICAL.....24 AGENT DE TERRAIN.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL.....26 (PRECISER) AUTRE PRIVE MARCHÉ/BOUTIQUE.....31 EGLISE.....32 AMIS/PARENTS.....33 STATION D'ESSENCE.....34 AUTRE.....96 (PRECISER)		
473	Avez-vous actuellement un sachet de SRO chez vous?	OUI.....1 NON.....2	→477	
474	Puis-je voir le sachet de SRO que vous avez? SI LE SACHET EST MONTRE, ENCELER LE CODE CORRESPONDANT	ORASEL/UNICEF.....1 SANS MARQUE.....2 AUTRE.....6 (PRECISER) SACHET NON VU.....8	→476	
475	Connaissez-vous le nom de la marque du sachet de SRO que vous avez en ce moment? NOTER LE NOM DE LA MARQUE	ORASEL.....1 UNICEF.....2 SANS MARQUE.....3 AUTRE.....6 (PRECISER) NSP.....8		
476	Combien vous a coûté le sachet de SRO que vous avez en ce moment?	COUT..... <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> GRATUIT.....996 NSP.....998		
477	VERIFIER 459, TOUTES LES COLONNES:	AUCUN ENFANT N'A RECU DE SOLUTION EAU/SEL/SUCRE OU 459 NON POSEE <input type="checkbox"/>	AU MOINS UN ENFANT A RECU SOLUTION EAU/SEL/SUCRE <input type="checkbox"/>	→501
478	Avez-vous déjà entendu parler d'une solution de sel, de sucre et d'eau que l'on prépare à la maison et que l'on donne aux enfants pour traiter la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2	→501	
479	Avez-vous déjà préparé cette solution?	OUI.....1 NON.....2		

SECTION 5. MARIAGE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A															
501	AUTRES PERSONNES PRESENTES A CE MOMENT	<table border="0"> <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 border="0"> <tr> <td>OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">→507</td> </tr> <tr> <td>OUI, VIT AVEC UN HOMME.....</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>NON, PAS EN UNION.....</td> <td>3</td> </tr> </table>	OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....	1	→507	OUI, VIT AVEC UN HOMME.....	2	NON, PAS EN UNION.....	3									
OUI, ACTUELLEMENT MARIEE.....	1	→507																
OUI, VIT AVEC UN HOMME.....	2																	
NON, PAS EN UNION.....	3																	
503	Avez-vous actuellement un partenaire sexuel régulier, un partenaire sexuel occasionnel ou pas de partenaire sexuel du tout?	<table border="0"> <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 border="0"> <tr> <td>OUI, A ETE MARIEE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="3">→511</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	→511	OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....	2	NON.....	3									
OUI, A ETE MARIEE.....	1	→511																
OUI, A VECU AVEC UN HOMME.....	2																	
NON.....	3																	
506	Quelle est votre situation matrimoniale actuelle: êtes-vous veuve, divorcée ou séparée?	<table border="0"> <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 border="0"> <tr> <td>VIT AVEC ELLE.....</td> <td>1</td> <td rowspan="2">→508</td> </tr> <tr> <td>VIT AILLEURS.....</td> <td>2</td> </tr> </table>	VIT AVEC ELLE.....	1	→508	VIT AILLEURS.....	2											
VIT AVEC ELLE.....	1	→508																
VIT AILLEURS.....	2																	
507B	NUMERO DE LIGNE DU MARI/CONJOINT VIVANT DANS LE MENAGE	NUMERO DE LIGNE..... <input type="text"/>																
508	Est-ce-que votre mari/conjoint a d'autres épouses, en plus de vous-même actuellement ?	<table border="0"> <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 maintenant ?	<table border="0"> <tr> <td>NOMBRE.....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP.....</td> <td>98</td> </tr> </table>	NOMBRE.....	<input type="text"/>	NSP.....	98												
NOMBRE.....	<input type="text"/>																	
NSP.....	98																	
510	Etes-vous la première, la seconde,.....épouse?	RANG..... <input type="text"/>																
511	Avez-vous été mariée ou avez-vous vécu avec un homme, une fois ou plus d'une fois (y compris votre union actuelle)?	<table border="0"> <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 border="0"> <tr> <td>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/></td> <td>MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>↓</td> <td>↓</td> </tr> <tr> <td>En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?</td> <td>Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?</td> </tr> </table>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME SEULEMENT UNE FOIS <input type="checkbox"/>	MARIEE/A VECU AVEC UN HOMME PLUS D'UNE FOIS <input type="checkbox"/>	↓	↓	En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?	Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?	<table border="0"> <tr> <td>MOIS.....</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP MOIS.....</td> <td>98</td> </tr> <tr> <td>ANNEE.....</td> <td><input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>NSP ANNEE.....</td> <td>9998</td> </tr> </table>	MOIS.....	<input type="text"/>	NSP MOIS.....	98	ANNEE.....	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>	NSP ANNEE.....	9998	→515	
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"/>																	
↓	↓																	
En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec votre mari/conjoint?	Maintenant nous allons parler de votre premier mari/conjoint. En quel mois et quelle année, avez-vous commencé à vivre avec lui?																	
MOIS.....	<input type="text"/>																	
NSP MOIS.....	98																	
ANNEE.....	<input type="text"/> 1 <input type="text"/> 9 <input type="text"/> <input type="text"/>																	
NSP ANNEE.....	9998																	
513	Quel âge aviez-vous quand vous avez commencé à vivre avec lui?	AGE..... <input type="text"/>																

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
514A	VERIFIER 502: ACTUELLEMENT MARIEE <input type="checkbox"/> OU VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>	PAS EN UNION <input type="checkbox"/>	515F
515	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?	NOMBRE DE JOURS.....1 <input type="text"/> <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"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515A	VERIFIER 301 ET 302: CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/> NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/> Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé? Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel avec (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) un condom a-t-il été utilisé?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515B
515AA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 MARI/CONJOINT.....2 LES DEUX.....3	
515B	Avez-vous eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez) au cours des 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	517
515C	Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel avec quelqu'un d'autre que (votre mari/l'homme avec qui vous vivez)?	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"/> AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	
515CA	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels avec quelqu'un d'autre que votre mari/homme avec qui vous vivez, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?	PARTENAIRE REGULIER.....1 CONNAISSANCE.....2 POUR DE L'ARGENT.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
515D	Un condom a-t-il été utilisé à cette occasion?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515E
515DA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3	
515E	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	517

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
515F	Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions sur votre activité sexuelle afin de mieux comprendre certains problèmes en rapport avec la planification familiale. Il y a combien de temps que vous avez eu votre dernier rapport sexuel (si vous en avez déjà eu)?	JAMAIS.....000 NOMBRE DE JOURS.....1 NOMBRE DE SEMAINES.....2 NOMBRE DE MOIS.....3 NOMBRE D'ANNEES.....4 AVANT LA DERNIERE NAISSANCE...996	608
515FA	La dernière fois que vous avez eu des rapports sexuels, était-ce avec un partenaire régulier, une connaissance, pour de l'argent, ou avec quelqu'un d'autre?	PARTENAIRE REGULIER.....1 CONNAISSANCE.....2 POUR DE L'ARGENT.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
515G	VERIFIER 301 ET 302: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>CONNAIT LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>NE CONNAIT PAS LE CONDOM <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> <p>Certains hommes utilisent un condom (capote anglaise) c'est-à-dire qu'ils se mettent une capote en caoutchouc au pénis durant les rapports sexuels. Lors de votre dernier rapport sexuel, un condom a-t-il été utilisé?</p> </div> </div>	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	515H
515GA	Lors de ce dernier rapport sexuel, qui a proposé d'utiliser le condom?	ENQUETEE ELLE-MEME.....1 PARTENAIRE.....2 LES DEUX.....3	
515H	VERIFIER 515F: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>MOINS DE 12 MOIS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>12 MOIS OU PLUS DEPUIS LES DERNIERS RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>→</p> </div> </div>		517
515I	Au cours des 12 derniers mois, avec combien de personnes différentes avez-vous eu des rapports sexuels?	NOMBRE DE PERSONNES..... NSP.....98	
517	Connaissez-vous un endroit où vous pouvez vous procurer des condoms?	OUI.....1 NON.....2	518A
518	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'ETABLISSEMENT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL11 CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12 DISPENSARE/INFIRMERIE.....13 P.M.I.....14 CASE/POSTE DE SANTE.....15 PHARMACIE D'ETAT.....16 AUTRE PUBLIC17 (PRECISER) SECTEUR MEDICAL PRIVE HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 ATBEF.....23 CABINET MEDICAL.....24 AGENT DE TERRAIN.....25 AUTRE PRIVE MEDICAL26 AUTRE (PRECISER) BOUTIQUE/MARCHE.....31 EGLISE.....32 AMIS/PARENTS.....33 STATION D'ESSENCE.....34 AUTRE96 (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
518A	VERIFIER 515A, 515D ET 515G		
	AU MOINS 1 'OUI' <input type="checkbox"/>	AUCUN 'OUI' <input type="checkbox"/>	519
518B	<p>Où avez-vous obtenu les condoms la dernière fois?</p> <p>S'IL S'AGIT D'UN HOPITAL, D'UN CENTRE DE SANTE OU D'UNE CLINIQUE, ECRIRE LE NOM DE L'ENDROIT. INSISTER POUR DETERMINER LE TYPE DE SERVICE ET ENCERCLER LE CODE APPROPRIE.</p> <p>_____</p> <p>(NOM DE L'ETABLISSEMENT)</p>	<p>SECTEUR PUBLIC</p> <p>HOPITAL11</p> <p>CENTRE MEDICO-SOCIAL.....12</p> <p>DISPENSARE/INFIRMERIE.....13</p> <p>P.M.I.....14</p> <p>CASE/POSTE DE SANTE.....15</p> <p>PHARMACIE D'ETAT.....16</p> <p>AUTRE PUBLIC _____17</p> <p>(PRECISER)</p> <p>SECTEUR MEDICAL PRIVE</p> <p>HOPITAL/CLINIQUE PRIVE.....21</p> <p>PHARMACIE.....22</p> <p>ATBEF.....23</p> <p>CABINET MEDICAL.....24</p> <p>AGENT DE TERRAIN.....25</p> <p>AUTRE PRIVE</p> <p>MEDICAL _____26</p> <p>(PRECISER)</p> <p>AUTRE SECTEUR PRIVE</p> <p>BOUTIQUE/MARCHE.....31</p> <p>BAR/BOITE DE NUIT.....32</p> <p>KIOSQUE.....33</p> <p>CIRCUIT COMMERCIAL INFORMEL...34</p> <p>EGLISE/TEMPLE.....35</p> <p>CONNAISSANCES/PARENTS.....36</p> <p>PARTENAIRE AVAIT LE CONDOM.....41</p> <p>AUTRE _____96</p> <p>(PRECISER)</p>	
518C	<p>Connaissez-vous le nom de la marque des condoms que vous avez utilisé la dernière fois?</p> <p>_____</p> <p>NOTER LE NOM DE LA MARQUE</p>	<p>PRUDENCE.....01</p> <p>PRUDENCE NOUVEAU.....02</p> <p>SUPRATEx.....03</p> <p>PROTECTOR.....04</p> <p>GOLD CIRCLE.....05</p> <p>COOL.....06</p> <p>AUTRE _____96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	
518D	<p>La dernière fois que vous avez acheté des condoms, (ou quelqu'un d'autre l'a acheté pour vous), combien en avez-vous acheté?</p> <p>DETERMINER LE NOMBRE DE CONDOM ET ENREGISTRER CE NOMBRE</p>	<p>NOMBRE DE CONDOMS..... <input type="text"/></p>	
518E	<p>Combien avez-vous payé?</p>	<p>COUT..... <input type="text"/></p> <p>GRATUIT.....9996</p> <p>NSP.....9998</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 6. PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
601	<p>VERIFIER 314:</p> <p>NI LUI NI ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p> <p>LUI OU ELLE STERILISE <input type="checkbox"/></p>		612
602	<p>VERIFIER 227:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>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?</p>	<p>AVOIR UN (AUTRE) ENFANT.....1</p> <p>PAS D'AUTRE/AUCUN.....2</p> <p>DIT NE PEUT PAS ETRE ENCEINTE...3</p> <p>INDECISE/NSP.....8</p>	606 604
603	<p>VERIFIER 602:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p> <p>Combien de temps, voudriez-vous attendre, à partir de maintenant, avant la naissance d'un (autre) enfant?</p> <p>Après l'enfant que vous attendez, combien de temps voudriez-vous attendre avant la naissance d'un autre enfant?</p>	<p>MOIS.....1</p> <p>ANNEES.....2</p> <p>BIENTOT/MAINTENANT.....993</p> <p>DIT PEUT PAS ETRE ENCEINTE...994</p> <p>APRES LE MARIAGE.....995</p> <p>AUTRE _____ 996</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....998</p>	606
604	<p>VERIFIER 602:</p> <p>PAS ENCEINTE OU PAS SURE <input type="checkbox"/></p> <p>ENCEINTE <input type="checkbox"/></p>		607
605	<p>Si vous tombiez enceinte dans les prochaines semaines, seriez-vous contente, pas contente, ou indifférente?</p>	<p>CONTENTE.....1</p> <p>PAS CONTENTE.....2</p> <p>INDIFFERENTE.....3</p>	
606	<p>VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE?</p> <p>PAS POSEE <input type="checkbox"/></p> <p>N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT DE METHODE <input type="checkbox"/></p> <p>UTILISE ACTUELLEMENT UNE METHODE <input type="checkbox"/></p>		612
607	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode pour retarder ou éviter une grossesse dans les 12 prochains mois?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	609
608	<p>Pensez-vous que vous utiliserez une méthode dans le futur?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p> <p>NSP.....8</p>	610
609	<p>Quelle méthode préféreriez-vous utiliser?</p>	<p>PILULE.....01</p> <p>DIU.....02</p> <p>INJECTION.....03</p> <p>NORPLANT.....04</p> <p>DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05</p> <p>CONDOM.....06</p> <p>STERILISATION FEMININE.....07</p> <p>STERILISATION MASCULINE.....08</p> <p>CONTINENCE PERIODIQUE.....09</p> <p>RETRAIT.....10</p> <p>ABSTINENCE PROLONGEE.....11</p> <p>AUTRE _____ 96</p> <p>(PRECISER)</p> <p>NSP.....98</p>	612

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
610	Quelle est la principale raison pour laquelle vous pensez que vous n'utiliserez jamais de méthode?	NON MARIEE.....11 RAISONS LIEES A LA FECONDITE RAP. SEX. PEU FREQUENTS.....22 MENOPAUSEE/HYSTERECTOMIE.....23 SOUS-FECONDE/STERILE.....24 VEUT DES ENFANTS.....26 OPPOSITION A L'UTILISATION ENQUETEE OPPOSEE.....31 MARI/CONJOINT OPPOSE.....32 AUTRES PERS. OPPOSEES.....33 INTERDITS RELIGIEUX.....34 MANQUE DE CONNAISSANCE NE CONNAIT AUCUNE METHODE.....41 NE CONNAIT AUCUNE SOURCE.....42 RAISONS LIEES A UNE METHODE PROBLEMES DE SANTE.....51 PEUR DES EFFETS SECONDAIRES...52 PAS ACCESSIBLE/TROP LOIN.....53 TROP CHERE.....54 PAS PRATIQUE A UTILISER.....55 INTERFERE AVEC LE PROCESSUS NORMAL DU CORPS.....56 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	→612
611	Utiliseriez-vous une méthode si vous étiez mariée?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
612	VERIFIER 216: <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="width: 45%;"> <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 ddurant toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir?</p> </div> <div style="width: 45%;"> <p>N'A PAS D'ENFANTS VIVANTS <input type="checkbox"/></p> <p>↓</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 style="text-align: center;">INSISTER POUR OBTENIR UNE REPONSE NUMERIQUE</p>	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)	→614
613	Parmi ces enfants, combien souhaiteriez-vous de garçons, combien souhaiteriez-vous de filles, et pour combien cela n'a-t-il pas d'importance?	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p style="text-align: right;">FILLES</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> <p style="text-align: right;">N'IMPORTE</p> <p>NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 96 (PRECISER)</p> </div> <div style="width: 35%; text-align: right;"> <p>GARÇONS</p> <p>FILLES</p> <p>N'IMPORTE</p> </div> </div>	

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?	ACCEP- NON TABLE ACCEP- TABLE NSP RADIO.....1 2 8 TELEVISION....1 2 8	
616	Durant les derniers mois, avez-vous entendu quelque chose sur la planification familiale: A la radio? A la télévision? Dans les journaux ou les magazines? Dans une affiche? Dans un prospectus ou une brochure?	OUI NON RADIO.....1 2 TELEVISION.....1 2 JOURNAUX OU MAGAZINES.....1 2 AFFICHE.....1 2 PROSPECTUS OU BROCHURES....1 2	
616A	Quelle est votre principale source d'information sur la planification familiale?	AUCUNE.....01 PERSONNEL SANTE PUBLIC.....02 PERSONNEL SANTE PRIVE.....03 PERSONNEL SANTE COMMUNAUTAIRE..04 CLINIQUE DE PF.....05 MARI/PARTENAIRE.....06 AUTRES PARENTS.....07 AMIS/RELATIONS.....08 RADIO.....09 TELEVISION.....10 JOURNAUX/AFFICHES.....11 ECOLE/BIBLIOTHEQUE.....12 REUNION COMMUNAUTAIRE.....13 AUTRE _____ 96 (PRECISER) NSP.....98	
618	Au cours des derniers mois, avez-vous discuté de la planification familiale avec vos ami(e)s, vos voisins ou vos parents?	OUI.....1 NON.....2	→620
619	Avec qui en avez-vous discuté? Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	MARI/CONJOINT.....A MERE.....B PERE.....C SOEUR(S).....D FRERE(S).....E FILLE.....F FILS.....G BELLE-MERE.....H BEAU-PERE.....I AMIE(S)/VOISINS.....J AUTRE _____ X (PRECISER)	
620	VERIFIER 502: OUI, ACTUELLE- <input type="checkbox"/> OUI, VIT AVEC <input type="checkbox"/> NON, PAS EN <input type="checkbox"/> MENT MARIEE UN HOMME UNION		→701
621	Les époux/conjoints ne sont pas toujours d'accord sur tout. Je voudrais vous poser des questions sur le point de vue de votre mari/conjoint sur la planification familiale. Pensez-vous que votre mari/conjoint approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter une grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 INDIFFERENT.....3 NSP.....8	
622	Combien de fois, avez-vous parlé avec votre mari/conjoint de la planification familiale, au cours des 12 derniers mois?	JAMAIS.....1 UNE OU DEUX FOIS.....2 PLUS SOUVENT.....3	→622B
622A	Généralement, qui commence la discussion sur la planification familiale, vous, votre mari/conjoint ou tous les deux?	ENQUETEE.....1 MARI/CONJOINT.....2 TOUS LES DEUX.....3	
622B	VERIFIER 313: UTILISE UNE METHODE? OUI, UTILISE ACTUELLEMENT <input type="checkbox"/> NON, N'UTILISE PAS ACTUELLEMENT OU QUESTION NON POSEE <input type="checkbox"/>		→623

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	A
622C	Avant de commencer à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint de la méthode à utiliser?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS.....8	
622D	Après avoir commencé à utiliser (METHODE ACTUELLE), avez-vous discuté avec votre mari/conjoint à propos de cette méthode?	OUI.....1 NON.....2 NE SE RAPPELLE PLUS.....8	
622E	VERIFIER 314: ENCERCLER LE CODE DE LA METHODE:	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLANT.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE.....05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 ABSTINENCE PROLONGEE.....11 AUTRE METHODE.....96	
622F	Est-ce que votre mari/conjoint vous a encouragé ou vous a découragé à utiliser (METHODE ACTUELLE)?	ENCOURAGE.....1 DECOURAGE.....2 NI L'UN NI L'AUTRE/NEUTRE.....3 NSP.....8	
622G	Selon vous, qui devrait prendre la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
622H	Selon vous, généralement, qui prend la décision d'utiliser une méthode de planification familiale, l'homme ou la femme?	HOMME.....1 FEMME.....2 LES DEUX.....3 QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
622I	Pensez-vous que votre mère approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LA MERE EST DECEDEE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre mère était en vie, pensez-vous....."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 INDIFFERENT.....3 NSP.....8	
622J	Pensez-vous que votre père approuve ou désapprouve les couples qui utilisent une méthode pour éviter ou retarder une grossesse? SI LE PERE EST DECEDE, POSER LA QUESTION AINSI: "Si votre père était en vie, pensez-vous....."	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 INDIFFERENT.....3 NSP.....8	
622K	Diriez-vous que l'utilisation de la planification familiale est contre votre religion ou qu'elle n'est pas contre votre religion?	CONTRE SA RELIGION.....1 PAS CONTRE SA RELIGION.....2 SA RELIGION N'A PAS DE POSITION A CE SUJET.....3 ENQUETEE N'A PAS DE RELIGION...4 NSP.....8	
622L	A votre avis, pour améliorer le niveau de vie de la famille, est-il préférable d'avoir une petite famille ou une grande famille?	PETITE FAMILLE.....1 GRANDE FAMILLE.....2 ÇA N'A PAS D'IMPORTANCE/ L'UN OU L'AUTRE.....3 ÇA DEPEND.....4 NSP/SANS OPINION.....8	
622M	Avez-vous déjà encouragé ou essayé de persuader un(e) ami(e) ou parent à utiliser la planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	
623	Pensez-vous que votre mari/conjoint veut le même nombre d'enfants que vous, en veut davantage que vous ou en veut moins que vous?	MEME NOMBRE.....1 PLUS D'ENFANTS.....2 MOINS D'ENFANTS.....3 NSP.....8	

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

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
701	VERIFIER 502 ET 504 : ACTUEL. MARIEE/VIT AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> A ETE MARIEE OU A VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/> N'A JAMAIS ETE MARIEE NI VECU AVEC UN HOMME <input type="checkbox"/>		703 709
702	Quel âge a votre mari/conjoint actuellement?	AGE.....	<input type="text"/>
703	Est-ce que votre mari/conjoint a fréquenté l'école?	OUI.....1 NON.....2	706
704	Quel est le plus haut niveau d'études qu'il a atteint: primaire, 2 ^{ème} degré, 3 ^{ème} degré, supérieur?	PRIMAIRE.....1 DEUXIEME DEGRE.....2 TROISIEME DEGRE.....3 SUPERIEUR.....4 NSP.....8	706
705	Quelle est la dernière classe, qu'il a achevée à ce niveau? (CONVERTIR EN NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES)	NOMBRE D'ANNEES ACHEVEES... NSP.....98	<input type="text"/>
706	Quelle est (était) l'occupation principale de votre mari/conjoint, c'est-à-dire quel genre de travail fait (faisait)-il?		<input type="text"/>
707	VERIFIER 706: TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE/ TRAVAILLAIT PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		709
708	Est-ce que votre mari/conjoint travaille/travaillait principalement sur ses propres terres, sur celles de la famille, est-ce qu'il loue/louait la terre, ou travaille/travaillait-il les terres de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	
709	En dehors de votre travail ménager, est-ce que vous travaillez actuellement?	OUI.....1 NON.....2	712
710	Comme vous le savez, certaines femmes ont un travail pour lequel elles sont payées en argent ou en nature. Certaines ont un petit commerce ou travaillent sur les terres ou dans la ferme de la famille. Faites-vous actuellement quelque chose de ce genre ou un quelconque autre travail?	OUI.....1 NON.....2	712
711	Avez-vous fait un travail quelconque durant les 12 derniers mois?	OUI.....1 NON.....2	801
712	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement?		<input type="text"/>
713	VERIFIER 712: TRAVAILLE DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/> NE TRAVAILLE PAS DANS L'AGRICULTURE <input type="checkbox"/>		715
714	Travaillez-vous principalement sur votre propre terre ou celle de votre famille, louez-vous la terre ou travaillez-vous sur la terre de quelqu'un d'autre?	PROPRE TERRE.....1 TERRE FAMILIALE.....2 TERRE LOUEE.....3 TERRE DE QUELQU'UN D'AUTRE.....4	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A																																																		
715	Faites-vous ce travail pour un membre de votre famille, pour quelqu'un d'autre ou êtes-vous à votre propre compte?	POUR UN MEMBRE DE LA FAMILLE....1 POUR QUELQU'UN D'AUTRE.....2 A SON PROPRE COMPTE.....3																																																			
716	Travaillez-vous habituellement toute l'année ou de manière saisonnière ou travaillez-vous seulement une fois de temps en temps?	TOUTE L'ANNEE.....1 TRAVAIL SAISONNIER.....2 DE TEMPS EN TEMPS.....3	→718 →719																																																		
717	Au cours des 12 derniers mois, combien de mois avez-vous travaillé?	NOMBRE DE MOIS.....	<input type="text"/>																																																		
718	Pendant les mois où vous avez travaillé combien de jours par semaine, avez-vous travaillé habituellement?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/> →720																																																		
719	Pendant les 12 derniers mois, combien de jours environ avez-vous travaillé?	NOMBRE DE JOURS.....	<input type="text"/>																																																		
720	Touchez-vous un salaire pour ce travail? INSISTER: Gagnez-vous de l'argent pour ce travail?	OUI.....1 NON.....2	→723																																																		
721	Combien d'argent gagnez-vous habituellement pour ce travail? INSISTER: Est-ce par heure, par jour, par semaine, par mois, ou par an?	P/HEURE....1 P/JOUR....2 P/SEMAINE..3 P/MOIS....4 P/ANNEE...5 AUTRE _____ 99999996 (PRECISER)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: top;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></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 loin de la maison?	A LA MAISON.....1 LOIN DE LA MAISON.....2																																																			
724	VERIFIER 217 et 218 : A-T-ELLE UN ENFANT NE DEPUIS JANVIER 1995 OU AGE DE 3 ANS OU MOINS VIVANT AVEC ELLE? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		→801																																																		
725	Qui s'occupe habituellement de (NOM DU PLUS JEUNE ENFANT A LA MAISON) pendant que vous travaillez?	ENQUETEE.....01 MARI/CONJOINT.....02 ENFANT-FILLE PLUS AGEE.....03 ENFANT-GARÇON PLUS AGE.....04 AUTRES PARENTS.....05 VOISINS.....06 AMI(E)S.....07 DOMESTIQUE/PERSONNE ENGAGEE...08 ENFANT VA A L'ECOLE.....09 JARDIN D'ENFANT/GARDERIE.....10 N'A PAS TRAVAILLE DEPUIS LA DERNIERE NAISSANCE.....95 AUTRE _____ 96 (PRECISER)																																																			

SECTION 8. SIDA ET AUTRES MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
801A	Avez-vous déjà entendu parler de maladies qui peuvent se transmettre sexuellement?	OUI.....1 NON.....2	801L
801B	Quelles maladies connaissez-vous? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801C	VERIFIER 515 ET 515F: A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/> V	N'A JAMAIS EU DE RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/>	801K
801D	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une de ces maladies?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	801K
801E	Quelles maladies avez-vous eues? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES.	SYPHILIS.....A GONOCOCCIE.....B SIDA.....C TRICHOMONAS VAGINAL.....D CHANCRE MOU.....E AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801F	La dernière fois que vous avez eu la (MALADIE DE 801E), avez-vous recherché des conseils ou un traitement?	OUI.....1 NON.....2	801H
801G	Où avez-vous recherché des conseils ou un traitement? Quelque part ailleurs/Quelqu'un d'autre? ENREGISTRER TOUTES LES REPONSES	SECTEUR PUBLIC HOPITALA CENTRE MEDICO-SOCIAL.....B DISPENSARE/INFIRMERIE.....C P.M.I.....D CASE/POSTE DE SANTE.....E PHARMACIE D'ETAT.....F AUTRE PUBLIC _____ G (PRECISER) SECTEUR PRIVE MEDICAL CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....H PHARMACIE.....I ATBEF.....J CABINET MEDICAL.....K AGENT DE TERRAIN.....L AUTRE PRIVE MEDICAL _____ M (PRECISER) AUTRE BOUTIQUE/MARCHE.....N AMI(E)S/PARENTS.....O GUERISSEUR TRADIT.....P AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z	
801H	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous averti votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2	
801I	Quand vous avez eu la/les (MALADIE(S) DE 801E) avez-vous fait quelque chose pour éviter d'infecter votre/vos partenaire(s)?	OUI.....1 NON.....2 PARTENAIRE DEJA INFECTE.....3	801K
801J	Qu'avez-vous fait? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	PAS DE RAPPORTS SEXUELS.....A A UTILISE CONDOMS.....B A PRIS DES MEDICAMENTS.....C AUTRE _____ X (PRECISER)	

801K	VERIFIER 801B: N'A PAS CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	A CITE LE "SIDA" <input type="checkbox"/>	802
------	---	---	-----

801L	Avez-vous déjà entendu parler d'une maladie appelée SIDA?	OUI.....1 NON.....2	811C
------	---	------------------------	------

802	De quelles sources d'informations avez-vous appris sur le SIDA? Aucune autre source? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	RADIO.....A TV.....B JOURNAUX/MAGAZINES.....C DEPLIANTS/PROSPECTUS.....D AGENT DE SANTE.....E MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....F ECOLE/ENSEIGNANT.....G CONFERENCES DE QUARTIER.....H AMI(E)S/PARENTS.....I LIEU DE TRAVAIL.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z
-----	---	---

802A	Si vous vouliez plus d'information sur le SIDA, d'où souhaiteriez-vous obtenir ces informations?	RADIO.....01 TV.....02 JOURNAUX/MAGAZINES.....03 DEPLIANTS/PROSPECTUS.....04 CENTRE/AGENT DE SANTE.....05 MOSQUEE/EGLISE/TEMPLE.....06 ECOLE/ENSEIGNANT.....07 REUNION D'ASSOCIATION.....08 THEATRE POPULAIRE.....09 AMI(E)S/PARENTS.....10 LIEU DE TRAVAIL.....11 ASSEZ INFORME.....12 AUTRE _____ 96 (PRECISER)
------	--	--

802B	Comment peut-on attraper le SIDA? Aucune autre façon? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	RAPPORTS SEXUELS.....A RAPPORTS SEXUELS AVEC DES PARTENAIRES MULTIPLES.....B RAP. SEXUELS AVEC PROSTITUES....C NE PAS UTILISER CONDOM.....D RELATIONS HOMOSEXUELLES.....E TRANSFUSIONS DE SANG.....F INJECTIONS.....G EN EMBRASSANT.....H PIQURES DE MOUSTIQUES.....I OBJETS SOUILLES.....J AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z
------	--	---

803	Y-a-t-il quelque chose qu'une personne peut faire pour éviter d'attraper le SIDA ou le virus qui cause le SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	807
-----	---	-------------------------------------	-----

804	Que peut-on faire? Quelque chose d'autre? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	S'ABSTENIR DE RAPPORTS SEXUELS..B UTILISER DES CONDOMS.....C EVITER MULTIPLES PARTENAIRES...D EVITER LES PPOSTITUEES.....E EVITER REL. HOMOSEXUELLES.....F EVITER TRANSFUSIONS DE SANG....G EVITER INJECTIONS.....H EVITER D'EMBRASSER.....I EVITER PIQURES MOUSTIQUES.....J CHERCHER LA PROTECTION DES GUERISSEURS TRADITIONNELS....K AUTRE _____ X (PRECISER) NSP.....Z
-----	--	--

N	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
807	Est-il possible qu'une personne qui semble être en bonne santé, soit en fait atteinte du virus du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808	Pensez-vous qu'une personne qui a le SIDA ne meurt presque jamais de cette maladie, qu'elle en meurt parfois, ou qu'elle en meurt presque toujours?	PRESQUE JAMAIS.....1 PARFOIS.....2 PRESQUE TOUJOURS.....3 NSP.....8	
808A	Peut-on guérir du SIDA?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808B	Le SIDA peut-il être transmis de la mère à l'enfant qu'elle porte en son sein ?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
808C	Connaissez-vous personnellement quelqu'un qui a le SIDA ou qui est mort du SIDA?	OUI.....1 NON.....2	
809	Pensez-vous que les risques que vous attrapiez le SIDA sont faibles, moyens, importants, ou que vous ne courez aucun risque de l'attraper?	FAIBLE.....1 MOYEN.....2 IMPORTANT.....3 PAS DE RISQUE DU TOUT.....4 A LE SIDA.....5	809C 811A
809B	Pourquoi pensez-vous (NE PAS AVOIR DE RISQUES/AVOIR DE FAIBLES RISQUES) d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	S'ABSTIENT DE RAP. SEXUELS.....B UTILISE CONDOMS.....C A SEULEMENT 1 PARTENAIRE SEX....D A NOMBRE LIMITE DE PART. SEX....E CONJOINT N'A PAS AUTRES PART....F N'A PAS RELATIONS HOMOSEX.....G N'A PAS TRANSFUSION DE SANG.....H N'A PAS D'INJECTIONS.....I AUTRE _____ X (PRECISER)	811A
809C	Pourquoi pensez-vous avoir des risques (MOYENS/IMPORTANT) d'attraper le SIDA? Aucune autre raison? ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.	N'UTILISE PAS CONDOMS.....C PLUS D'1 PARTENAIRE SEXUEL.....D NOMBREUX PARTENAIRES SEXUELS...E CONJOINT A AUTRE(S) PARTENAIRE..F RELATIONS HOMOSEXUELLES.....G TRANSFUSION DE SANG.....H INJECTIONS.....I AUTRE _____ X (PRECISER)	

No.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
811A	<p>Depuis que vous avez entendu parler du SIDA, avez-vous changé votre comportement pour éviter d'attraper le SIDA?</p> <p>SI OUI, Qu'avez-vous fait?</p> <p>Quelque chose d'autre?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A</p> <p>ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B</p> <p>COMMENCE UTILISER CONDOMS.....C</p> <p>LIMITE SEX. A 1 PARTENAIRE.....D</p> <p>REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE.....E</p> <p>DEMANDE CONJOINT D'ETRE FIDELE..F</p> <p>ARRETE RELATIONS HOMOSEXUEL....G</p> <p>ARRETE INJECTIONS.....H</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS DE CHANGEMENT.....Y</p>	→ 811C
811B	<p>Le fait de connaître le SIDA a-t-il influencé ou changé votre décision d'avoir des rapports sexuels ou votre comportement sexuel?</p> <p>SI OUI, De quelle façon?</p> <p>ENREGISTRER TOUT CE QUI EST DECLARE.</p>	<p>PAS COMMENCE RAPPORTS SEXUELS...A</p> <p>A ARRETE RAPPORTS SEXUELS.....B</p> <p>A COMMENCE UTILISER CONDOMS....C</p> <p>SEXE LIMITE A 1 PARTENAIRE.....D</p> <p>A REDUIT NOMBRE DE PARTENAIRE..E</p> <p>AUTRE _____ X</p> <p>(PRECISER)</p> <p>PAS CHANGEMENT COMP. SEXUEL....Y</p> <p>NSP.....Z</p>	
811C	<p>Certaines personnes utilisent un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper le SIDA ou d'autres maladies sexuellement transmissibles. En avez-vous déjà entendu parler?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 811F
811D	<p>VERIFIER 515 ET 515F:</p> <p>A EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p> <p>N'A JAMAIS EU DES RAPPORTS SEXUELS <input type="checkbox"/></p>		→ 901
811E	<p>Il se peut que nous ayons déjà parlé de cela. Avez-vous déjà utilisé un condom pendant les rapports sexuels pour éviter d'attraper ou de transmettre des maladies, comme le SIDA?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	→ 811F
811EA	<p>Utilisez-vous le condom de temps en temps, souvent ou à chaque rapport sexuel?</p>	<p>TEMPS EN TEMPS.....1</p> <p>SOUVENT.....2</p> <p>CHAQUE RAPPORT.....3</p>	
811F	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous donné ou reçu de l'argent, des cadeaux ou des faveurs en échange de rapports sexuels?</p>	<p>OUI.....1</p> <p>NON.....2</p>	

SECTION 9. MORTALITE MATERNELLE

N°.	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A				
901	Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur vos soeurs et frères, c'est-à-dire, sur tous les enfants nés de votre propre mère naturelle, y compris ceux qui vivent avec vous, ceux qui vivent ailleurs et ceux qui sont décédés. A combien d'enfants votre propre mère a donné naissance, y compris vous-même?	NOMBRE DE NAISSANCES DE LA MERE NATURELLE....	<input type="text"/>				
902	VERIFIER 901: DEUX NAISSANCES OU PLUS	SEULEMENT UNE NAISSANCE (ENQUETEE SEULEMENT)	<input type="text"/> → 916				
903	Combien de ces naissances votre mère a-t-elle eues avant votre propre naissance?	NOMBRE DE NAISSANCES PRECEDENTES.....	<input type="text"/>				
904	Quel nom a été donné à votre soeur ou frère (du plus âgé au plus jeune)?	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]
905	(NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906	Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [2] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [3] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [4] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [5] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [6] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [7] ←
907	Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/>					
		PASSER A [2]	PASSER A [3]	PASSER A [4]	PASSER A [5]	PASSER A [6]	PASSER A [7]
908	En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/>					
		910 ← NSP.....9998					
909	Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/>					
910	Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/>					
		SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [2]	SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [3]	SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [4]	SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [5]	SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [6]	SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [7]
911	Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 914 ← NON.....2					
912	Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 915 ← NON.....2					
913	Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 915 ←					
914	Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915	A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/>					
		PASSER A [2]	PASSER A [3]	PASSER A [4]	PASSER A [5]	PASSER A [6]	PASSER A [7]
SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916							

	[7]	[8]	[9]	[10]	[11]	[12]
904 Quel nom a été donné à votre soeur ou frère (du plus âgé au plus jeune)?	-----	-----	-----	-----	-----	-----
905 (NOM) est-ce un homme ou une femme?	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2	HOMME.....1 FEMME.....2
906 Est-ce que (NOM) est toujours en vie?	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [8] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [9] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [10] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [11] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [12] ←	OUI.....1 NON.....2 908 ← NSP.....8 PASSER A [13] ←
907 Quel âge a (NOM)?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]
908 En quelle année (NOM) est-il/elle décédé(e)?	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998	19 <input type="text"/> <input type="text"/> 910 ← NSP.....9998
909 Combien d'années y-a-t-il que (NOM) est décédé?	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>
910 Quel âge avait (NOM) lorsqu'il/elle est décédé(e)?	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> SI HOMME OU FEMME DECEDEE AVANT AGE DE 12 ANS PASSER A [13]
911 Est-ce que (NOM) était enceinte quand elle est morte?	OUI.....1 914 ← NON.....2	OUI.....1 914 ← NON.....2	OUI.....1 914 ← NON.....2	OUI.....1 914 ← NON.....2	OUI.....1 914 ← NON.....2	OUI.....1 914 ← NON.....2
912 Est-ce que (NOM) est morte au cours d'un accouchement?	OUI.....1 915 ← NON.....2	OUI.....1 915 ← NON.....2	OUI.....1 915 ← NON.....2	OUI.....1 915 ← NON.....2	OUI.....1 915 ← NON.....2	OUI.....1 915 ← NON.....2
913 Est-ce que (NOM) est morte dans les 2 mois suivant la fin d'une grossesse ou d'un accouchement?	OUI.....1 NON.....2 915 ←	OUI.....1 NON.....2 915 ←	OUI.....1 NON.....2 915 ←	OUI.....1 NON.....2 915 ←	OUI.....1 NON.....2 915 ←	OUI.....1 NON.....2 915 ←
914 Est-ce que le décès était dû à des complications de grossesse ou à l'accouchement?	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2	OUI.....1 NON.....2
915 A combien d'enfants (NOM) a-t-elle donné naissance durant sa vie?	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [8]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [9]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [10]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [11]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [12]	<input type="text"/> <input type="text"/> PASSER A [13]

SI PLUS DE FRERE/SOEUR, PASSER A 916

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

SECTION 10. TAILLE ET POIDS

1001	VERIFIER 215: UNE OU PLUSIEURS NAIS. DEPUIS JAN. 1995	PAS DE NAIS. DEPUIS JAN. 1995	FIN
------	--	-------------------------------------	-----

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

	1 ENQUETEE	2 DERNIER ENFANT EN VIE	3 AVANT-DERNIER ENFANT EN VIE
1002 N° DE LIGNE SELON Q.212		□ □	□ □
1003 NOM SELON Q.212 POUR LES ENFANTS	(NOM)	(NOM)	(NOM)
1004 DATE DE NAISSANCE SELON Q.215, ET DEMANDER LE JOUR DE NAISSANCE		JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE. 1 9 □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE. 1 9 □ □
1005 CICATRICE DU BCG AU BRAS GAUCHE		CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2	CICATRICE VUE.....1 PAS DE CICATRICE.....2
1006 TAILLE (en centimètres)	□ □ □ □ , □	□ □ □ □ , □	□ □ □ □ , □
1007 L'ENFANT A-T-IL ETE MESURE COUCHE OU DEBOUT?		COUCHE.....1 DEBOUT.....2	COUCHE.....1 DEBOUT.....2
1008 POIDS (en kilogrammes)	□ □ □ □ , □	0 □ □ □ , □	0 □ □ □ , □
1009 DATE DE MESURE ET DE PESEE	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE. 1 9 □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE. 1 9 □ □	JOUR..... □ □ MOIS..... □ □ ANNEE. 1 9 □ □
1010 RESULTAT	MESUREE.....1 ABSENTE.....3 REFUS.....4 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)	ENFANT MESURE.....1 ENFANT MALADE.....2 ENFANT ABSENT.....3 ENFANT REFUSE.....4 MERE REFUSE.....5 AUTRE.....6 _____ (PRECISER)
1011 NOM DE L'OPERATEUR:	□ □	NOM DE L'ASSISTANT: □ □	

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

Commentaires
sur l'enquêtée:

Commentaires sur des
questions spécifiques:

Autres commentaires:

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du Chef d'Equipe: _____ Date: _____

OBSERVATIONS DE LA CONTROLEUSE

Nom de la Contrôleuse: _____ Date: _____