

QUESTIONNAIRE FEMME

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

VISITE DE L'ENQUETRIX				
	1	2	3	VISITE FINALE
DATE				JOUR MOIS ANNEE
NOM DE L'ENQUETRIX				CODE ENQUET.
RESULTAT**				RESULTAT
PROCHAINE VISITE: DATE HEURE				NUMBER TOTAL DE VISITES

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

UTILISATION D'INTERPRETE : OUI....1, NON....2			
LANGUE DE L'INTERVIEW : W = 1, P = 2, SE = 3, M = 4, D=5, SN=6, ALN = 7, P = 8, AL=9			
NOM DATE	CONTROLE DE TERRAIN	CONTROLE DE BUREAU	NOM ET CODE AGENT DE SAISIR

SECTION 1 : CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETEE

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
111	Pouvez-vous lire et comprendre une lettre ou un journal facilement, difficilement ou pas du tout?	FACILEMENT.....1 DIFFICILEMENT.....2 PAS DU TOUT.....3	
113	Etes-vous sénégalaise?	OUI.....1 NON.....2	-114A
114	Quelle est votre ethnie?	WOLOF/LEBOU.....01 POULAR.....02 SERER.....03 MANDINGUE/SOCE/MALINKE.....04 DIOLA.....05 SOMINKE/SARAKOLE.....06 BANBARA.....07 MANJAAK.....08 MANCAGNE.....09 BALANT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER)	
114A	Quelle est votre occupation, c'est-à-dire quel genre de travail faites-vous principalement? _____ _____ _____	TRAVAIL DE L'ENQUETEE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

SECTION 2 : REPRODUCTION

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

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

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

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

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

05]	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
(NOM)								
06]	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
(NOM)								
07]	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
(NOM)								
08]	SIMP...1 MULT...2	GARÇ...1 FILL...2	MOIS... ANNEE...	OUI...1 NON...2 ↓ 220	AGE EN ANNEES ↓ 220	OUI.....1 (PASSER A NAISS.SUIV.) NON.....2	PERE.....1 AUTRE PARENT...2 QUELQU'UN AUT...3 (PASSER A NAISSANCE SUIVANTE)	JOURS...1 MOIS....2 ANNEES..3
(NOM)								

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

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

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

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

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

LES NOMBRES SONT LES MEMES V

LES NOMBRES SONT DIFFERENTS → (VERIFIER ET CORRIGER)

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

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

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

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

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

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

SECTION 3 : CONTRACEPTION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A
326	Avez-vous l'intention d'utiliser une méthode dans les 12 prochains mois?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	
327	Quand vous utiliserez une méthode, quelle méthode préféreriez-vous utiliser?	PILULE.....01 DIU.....02 INJECTION.....03 NORPLAN.....04 DIAPHRAGME/MOUSSE/GELEE/SPERM...05 CONDOM.....06 STERILISATION FEMININE.....07 STERILISATION MASCULINE.....08 CONTINENCE PERIODIQUE.....09 RETRAIT.....10 AUTRE.....11 (PRECISER) NSP.....98	-330
328	Où pouvez-vous vous procurer (METHODE CITEE A 327)?	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE SANTE/PMI.....12 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 INFIRMERIE PRIVEE/CONFES...24 AUTRE SECTEUR ASBEF.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL...32 EGLISE.....33 CONNAISSANCES/PARENTS.....34 AUXILIAIRE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER) NSP.....61	-332 -332 -332 -334 -330
(NOM DE L'ENDROIT)			
329	VERIFIER 312 :		
	UTILISE LA CONTINENCE PERIODIQUE, LE RETRAIT OU UNE AUTRE METHODE TRADITIONNELLE	UTILISE UNE METHODE MODERNE	-334
330	Connaissez-vous un endroit où on peut se procurer une méthode de planification familiale?	OUI.....1 NON.....2	-334

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER A									
331	Quel endroit connaissez-vous? ----- (NOM DE L'ENDROIT)	SECTE' PUBLIC HC. AL.....11 CENTRE SANTE/PMI.....12 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 INFIRMERIE PRIVEE/CONFES....24 AUTRE SECTEUR ASBEP.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 EGLISE.....33 CONNAISSANCES/PARENTS.....34 AUXILIAIRE.....41 AUTRE.....51 (PRECISER)	-334									
332	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES. INSCRIRE LA REponse EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.	MINUTES.....1 <table border="1" data-bbox="1186 753 1285 874"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td>0</td><td> </td><td> </td></tr> </table> HEURES.....2 NSP.....9998				0						
0												
333	Est-ce facile ou difficile de se rendre là-bas?	FACILE.....1 DIFFICILE.....2 NSP.....8										
334	Durant le mois dernier, avez-vous entendu un message à propos du planning familial à : la radio? la télévision?	<table border="1" data-bbox="1179 1093 1285 1129"> <tr> <td></td> <td>OUI</td> <td>NON</td> </tr> <tr> <td>RADIO.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>TELEVISION.....1</td> <td>1</td> <td>2</td> </tr> </table>		OUI	NON	RADIO.....1	1	2	TELEVISION.....1	1	2	
	OUI	NON										
RADIO.....1	1	2										
TELEVISION.....1	1	2										
335	Trouvez-vous acceptable ou pas acceptable la diffusion d'informations sur le Planning familial à la radio ou à la télévision?	ACCEPTABLE.....1 PAS ACCEPTABLE.....2 SANS OPINION.....8										
336	Ecoutez-vous la radio au moins une fois dans la semaine?	OUI.....1 NON.....2										
342	Approuvez-vous ou désapprouvez-vous la diffusion d'informations sur la planification familiale à la radio ou à la télévision?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8										
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="227 1689 265 1717">343</td> <td data-bbox="303 1689 469 1717">VERIFIER 303 :</td> <td data-bbox="303 1753 574 1808">AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE UNE METHODE) :</td> <td data-bbox="662 1753 707 1796"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="799 1753 1014 1808">AUCUN OUI (N'A JAMAIS UTILISE) :</td> <td data-bbox="1042 1753 1087 1796"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1311 1781 1351 1808">401</td> </tr> </table>				343	VERIFIER 303 :	AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE UNE METHODE) :	<input type="checkbox"/>	AUCUN OUI (N'A JAMAIS UTILISE) :	<input type="checkbox"/>	401		
343	VERIFIER 303 :	AU MOINS UN "OUI" (A UTILISE UNE METHODE) :	<input type="checkbox"/>	AUCUN OUI (N'A JAMAIS UTILISE) :	<input type="checkbox"/>	401						

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

SECTION 4A : GROSSESSE ET ALLAITEMENT

QUESTIONS ET FILTRES

CODES

PASSER

401	VERIFIER 222 : UNE OU PLUSIEURS NAISSANCES DEPUIS LE 1ER JANV. 1992 <input type="checkbox"/>	AUCUNE NAISSANCE DEPUIS LE 1ER JANV. 1992 <input type="checkbox"/>	501	
402	INSCRIRE LE NOM, LE N° DE LIGNE ET L'ETAT DE SURVIE DE CHAQUE NAISSANCE DEPUIS LE 1ER JANV. 1992 DANS LE TABLEAU. POSER LES QUESTIONS A PROPOS DE TOUTES CES NAISSANCES. COMMENCER PAR LA DERNIERE NAISSANCE. (S'IL Y A PLUS DE TROIS NAISSANCES, UTILISEZ UN QUESTIONNAIRE SUPPLEMENTAIRE). Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de la santé des enfants que vous avez eus durant les cinq dernières années. (Nous parlerons d'un enfant à la fois)			
	N° DE LIGNE DE LA Q. 212	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	SELON Q. 212 ET Q. 216	DERNIERE NAISSANCE NOM <input type="text"/>	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/>	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM <input type="text"/>
		VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/>
403	Au moment où vous êtes tombée enceinte de (NOM), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment là, attendre plus tard ou vouliez- vous ne plus avoir d'enfants ?	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)----- PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)----- SANS OPINION.....8	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)----- PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)----- SANS OPINION.....8	A CE MOMENT-LA.....1 (PASSER A 405)----- PLUS TARD.....2 NE VOULAIT PLUS.....3 (PASSER A 405)----- SANS OPINION.....8
404	Combien de temps auriez-vous voulu attendre?	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998	MOIS.....1 <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> NSP.....998
405	Quand vous étiez enceinte de (NOM), avez-vous vu quelqu'un pour une consultation concer- nant cette grossesse? SI OUI. Qui avez-vous vu? Avez-vous vu quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPON- DANT AUX REPONSES DECLAREES.	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B MOTRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B MOTRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B MOTRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F (PASSER A 409)-----
406	Vous a-t-on donné un carnet de visites prénatales pour cette grossesse?	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 NSP.....8

		DERNIERE NAISSANCE NON -----	AVANT-DERNIERE NAISS. NON -----	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NON -----
407	De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez vu quelqu'un pour la première fois pour une consultation concernant cette grossesse?	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	MOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
408	Combien de visites prénatales avez-vous faites pendant cette grossesse?	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98	NBRE DE VISITES.... <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....98
409	Quand vous étiez enceinte de (NOM) vous a-t-on fait une injection dans le bras pour éviter au bébé d'attraper le tétanos, c'est-à-dire les convulsions après la naissance?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 411)----- NSP.....8
410	Combien de fois avez-vous eu cette injection?	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8	NOMBRE..... <input type="text"/> NSP.....8
411	Où avez-vous accouché de (NOM)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE...31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE...31 AUTRE.....41 (PRECISER)	MAISON PROPRE MAISON.....11 AUTRE MAISON.....12 SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....21 CENTRE SANTE.....22 POSTE DE SANTE.....23 SECTEUR PRIVE HOP. PRI./CLINIQUE...31 AUTRE.....41 (PRECISER)
412	Qui vous a assisté pour l'accouchement de (NOM)? Quelqu'un d'autre? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F	PERSONNEL DE LA SANTE MEDECIN.....A AGENT SANIT./INFIRMIERE/ SAGE-FEMME.....B AUTRE PERSONNEL MATRONE.....C ACCOUCH. TRAD.....D AUTRE.....E (PRECISER) AUCUNE PERSONNE.....F
413	(NOM) est-il/elle né(e) à terme ou prématurément?	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8	A TERME.....1 PREMATUREMENT.....2 NSP.....8

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

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

	DERNIERE NAISSANCE NOM _____	AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____	AV. AVANT-DERNIERE NAISS. NOM _____
432 VOIR 431 : NOURRITURE OU LIQUIDE DONNEE ICI :	"OUI" POUR RIEN DU TOUT UN OU PLUS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (PASSER A 436) (PASSER A 437)		
433 Pendant combien de mois avez-vous allaité (NOM)?	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)	MOIS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> JUSQU'A SON DECES.....96 (PASSER A 436)
434 Pourquoi avez-vous arrêté d'allaiter (NOM)?	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____11 (PRECISER)	MERE MALADE/FAIBLE.....01 ENFANT MALADE/FAIBLE...02 ENFANT DECEDE.....03 PROBLEME DE SEIN/ DE BOUT DE SEIN.....04 LAIT INSUFFISANT.....05 TRAVAILLE.....06 ENFANT A REFUSE.....07 AGE DU SEVRAGE.....08 TOMBE ENCEINTE.....09 A COMMENCE A UTILISER LA CONTRACEPTION.....10 AUTRE _____11 (PRECISER)
435 VOIR 216 :	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)	VIVANT <input type="checkbox"/> DECEDE <input type="checkbox"/> (PASSER A 437)
436 Aviez-vous donné à (NOM) de l'eau, ou quelque chose d'autre à boire ou à manger (autre que le lait maternel)?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 440)

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

SECTION 4B : SANTE

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

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

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

		DERNIERE NAISSANCE		AVANT-DERNIERE NAISS.		AV. AVANT-DERNIERE NAISS.	
		NON		NON		NON	
476	VOIR 470 :	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE	OUI, LIQUIDE MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE	OUI, LIQUIDE MAISON CITE	NON, LIQUIDE MAISON PAS CITE	OUI, LIQUIDE MAISON CITE
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		(PASSER A 478)		(PASSER A 478)		(PASSER A 478)	

477	(NON) a-t-il/elle reçu un liquide recommandé par le personnel de santé et préparé à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) quand il/elle avait la diarrhée?	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)----- NSP.....8	OUI.....1 NON.....2 (PASSER A 479)----- NSP.....8
-----	---	--	--	--

478	Pendant combien de jours (NON) a-t-il/elle reçu le liquide préparé avec (INGREDIENTS RECOMMANDES)?	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>	JOURS..... <input type="text"/> <input type="text"/>
	SI MOINS DE 1 JOUR, INSCRIRE '00'	NSP.....98	NSP.....98	NSP.....98

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

480 VOIR 470 ET 474 (TOUTES LES COLONNES) :

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

SOLUTION SRO D'UN
SACHET DONNEE A UN
ENFANT :

487

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER		
483B	Quel endroit connaissez-vous? ----- (NOM DE L'ENDROIT)	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....11 CENTRE SANTE/PMI.....12 POSTE DE SANTE/DISPENSAIRE...13 SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....21 PHARMACIE.....22 DOCTEUR PRIVE.....23 INFIRMERIE PRIVEE/CONFES. ...24 AUTRE SECTEUR ASBEF.....31 GUERISSEUR TRADITIONNEL.....32 EGLISE.....33 CONNAISSANCES/PARENTS.....34 AUXILIAIRE.....41 AUTRE.....51 ----- (PRECISER)			
483C	Combien de temps faut-il pour aller de chez vous à à cet endroit? SI MOINS DE 2 HEURES. INSCRIRE LA REPONSE EN MINUTES. AUTREMENT, INSCRIRE EN HEURES.	MINUTES.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> HEURES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP.....9998			
483D	Quelle distance sépare cet endroit de chez vous? SI SUR PLACE OU MOINS DE 1 KM, ENREGISTRER '00'.	DISTANCE EN KM <input type="text"/> <input type="text"/> 98 KM OU PLUS.....98			
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 487 VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES) : LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT : <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON DONNE A UN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEES : <input type="checkbox"/> →488A </td> </tr> </table>				487 VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES) : LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT : <input type="checkbox"/>	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON DONNE A UN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEES : <input type="checkbox"/> →488A
487 VOIR 470 ET 477 (TOUTES LES COLONNES) : LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON DONNE A UN ENFANT : <input type="checkbox"/>	LIQUIDE RECOMMANDE ET PREPARE A LA MAISON NON DONNE A UN ENFANT OU 470 ET 477 NON POSEES : <input type="checkbox"/> →488A				
488	Où avez-vous appris à préparer le liquide recommandé et fait à la maison avec (INGREDIENTS RECOMMANDES) que vous avez donné à (NOM) quand il/elle avait la diarrhée? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE/PMI.....B POSTE SANTE/DISPENSAIRE.....C PERSONNEL DE SANTE COMMUNAUTAIRE.....D SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOP. PRIVE.....E PHARMACIE.....F DOCTEUR PRIVE.....G INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....H AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEF.....I GUERISSEUR TRADITIONNEL.....J AUTRE.....K ----- (PRECISER)			
488A	En général, quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de liquide, autant de liquide ou plus de liquide?	MOINS DE LIQUIDE.....1 AUTANT DE LIQUIDE.....2 PLUS DE LIQUIDE.....3 NSP.....4			

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
488B	En général, quand un enfant a la diarrhée, faut-il lui donner moins de nourriture. autant de nourriture ou plus de nourriture?	MOINS DE NOURRITURE.....1 AUTANT DE NOURRITURE.....2 PLUS DE NOURRITURE.....3 NSP.....4	
488C	Selon vous, quels signes indiqueraient qu'il faut (ra)mener un enfant qui a la diarrhée dans un établissement sanitaire? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REponses DE L'ENQUETEE.	SELLES TRES LIQUIDES.....A VOMISSEMENTS REPETES.....B SOIF INTENSE.....C NE MANGE PAS/NE BOIT PAS BIEN...D FIEVRE.....E SANG DANS LES SELLES.....F NE S'AMELIORE PAS.....G AUTREH (PRECISER)	
<div style="border: 2px solid black; padding: 5px;"> 488D VERIFIER 472: SI 'J' ENCERCLE AU MOINS 1 FOIS <input type="checkbox"/> SI 'J' ENCERCLE DANS AUCUNE COLONNE <input type="checkbox"/> -501 </div>			
488E	Qu'est ce que le guérisseur vous a donné comme traitement pour la diarrhée? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REponses DE L'ENQUETEE.	POUFRE.....A INFUSION.....B PAIN DE SINGE.....C BOUILLIE DE RIZ.....D FEUILLE DE GOYAVE.....E AMULETTES/GRIS-GRIS.....F AUTREG (PRECISER)	
488F	Ce traitement de la diarrhée a-t-il été très efficace, efficace, peu efficace, pas du tout efficace?	TRES EFFICACE.....1 EFFICACE.....2 PEU EFFICACE.....3 PAS DU TOUT EFFICACE.....4	

SECTION 5 : MARIAGE

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

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

SECTION 6 : PREFERENCES EN MATIERE DE FECONDITE

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER
615	Une mère devrait-elle attendre qu'elle ait complètement arrêté d'allaiter avant de reprendre les relations sexuelles ou cela n'a-t-il pas d'importance?	ATTENDRE.....1 PAS D'IMPORTANCE.....2 NSP.....8	
616	En général, est-ce que vous approuvez ou désapprouvez les couples qui utilisent une méthode pour éviter la grossesse?	APPROUVE.....1 DESAPPROUVE.....2 SANS OPINION.....8	
617	VOIR 216 : A UN/DES ENFANT(S) VIVANT(S) <input type="checkbox"/> N'À PAS D'ENFANT VIVANT <input type="checkbox"/> Si vous pouviez recommencer à partir de l'époque où vous n'aviez pas d'enfants, et si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? Si vous pouviez choisir exactement le nombre d'enfants à avoir dans toute votre vie, combien voudriez-vous en avoir? ENREGISTRER UN SIMPLE NOMBRE OU AUTRE REPONSE.	NOMBRE..... <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE REPONSE _____ 96 (PRECISER)	
618	D'après vous, quel est le meilleur intervalle en mois ou en années entre la naissance d'un enfant et la naissance de l'enfant suivant?	MOIS.....1 <input type="text"/> <input type="text"/> ANNEES.....2 <input type="text"/> <input type="text"/> AUTRE _____ 996 (PRECISER)	
618A	VERIFIER 501, 502, 503 ET 513 : <input type="checkbox"/> SI "NON" A 513 : <input type="checkbox"/> A EU RAPPORTS SEXUELS : JAMAIS RAPPORTS SEXUELS		624
619	Vous est-il arrivé d'avoir une grossesse non désirée?	OUI.....1 NON.....2 NSP/NR.....8	624
620	Qu'avez-vous fait de cette grossesse?	MENE E A TERME.....1 EHEC INTERRUPTION.....2 INTERRUPTION.....3 AUTRE _____ 4 (PRECISER) NSP/NR.....8	
	est la raison principale pour laquelle vous ne vouliez pas de cette grossesse?	RAISON ECONOMIQUE.....1 NON MARIEE.....2 NE VOULAIT PAS D'ENFANT.....3 ABANDONNEE PAR PARTENAIRE.....4 RAISONS SANITAIRES.....5 VOULAIT SE REPOSER.....6 NON REPONSE.....7 AUTRE _____ 8 (PRECISER)	

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

SECTION 7 : MST ET SIDA

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

N°	QUESTIONS ET FILTRES	CODES	PASSER				
714	Quel (s) endroit(s) connaissez-vous? ENCERCLER LES CODES CORRESPONDANT AUX REPONSES DECLAREES.	SECTEUR PUBLIC HOPITAL.....A CENTRE SANTE.....B POSTE DE SANTE/PMI.....C SECTEUR MEDICAL PRIVE CLINIQUE/HOPITAL PRIVE.....D PHARMACIE.....E DOCTEUR PRIVE.....F INFIRMERIE PRIVEE/CONFES.....G AUTRE SECTEUR PRIVE ASBEP.....H EGLISE.....I CONNAISSANCES/PARENTS.....J GUERISSEUR/MARABOUT.....K AUTRE.....L (PRECISER)	A				
715	INSCRIRE L'HEURE.	HEURE..... MINUTES.....	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> <tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr> </table>				

OBSERVATIONS DE L'ENQUETRIX

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

Commentaires sur l'enquêtée: _____

Commentaires sur des questions particulières: _____

Autres commentaires: _____

OBSERVATIONS DU CHEF D'EQUIPE

Nom du chef d'équipe: _____ Date: _____

AUTRES OBSERVATIONS

